

Année 1882

THÈSE

N° 285

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 1<sup>er</sup> août 1882, à 1 heure.*

PAR COLOVITCH

Né à Karanovac, (Serbie), le 6 avril 1852

ÉTUDE CLINIQUE

## SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE

CHEZ LA FEMME

Président : M. BALL, professeur.

Juges : MM. { PETER, professeur.  
                  { HALLOPEAU, TROISIER.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

|                                                                              |             |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                           | M. BÉCLARD. |
| <b>Professeurs</b> .....                                                     | MM.         |
| Anatomie.....                                                                | SAPPEY.     |
| Physiologie.....                                                             | BÉCLARD.    |
| Physique médicale.....                                                       | GAVARRET.   |
| Chimie organique et chimie minérale.....                                     | WURTZ.      |
| Histoire naturelle médicale.....                                             | BAILLON.    |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                                   | BOUCHARD.   |
| Pathologie médicale.....                                                     | { JACCOUD.  |
|                                                                              | { PETER.    |
| Pathologie chirurgicale.....                                                 | { GUYON.    |
|                                                                              | { DUPLAY.   |
| Anatomie pathologique.....                                                   | CORNIL.     |
| Histologie.....                                                              | ROBIN.      |
| Opérations et appareils.....                                                 | LE FORT.    |
| Pharmacologie.....                                                           | REGNAULD.   |
| Thérapeutique et matière médicale.....                                       | HAYEM.      |
| Hygiène.....                                                                 | BOUCHARDAT. |
| Médecine légale.....                                                         | BROUARDEL.  |
| Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau nés..... | PAJOT.      |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                              | LABOULBÈNE  |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                                    | VULPIAN.    |
|                                                                              | SEE (G.)    |
| Clinique médicale.....                                                       | { LASÈGUE.  |
|                                                                              | { HARDY.    |
|                                                                              | { POTAIN.   |
|                                                                              | { PARROT.   |
| Maladies des enfants.....                                                    |             |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....           | BALL.       |
| Clinique des maladies syphilitiques.....                                     | FOURNIER.   |
| Clinique des maladies nerveuses.....                                         | CHARCOT.    |
|                                                                              | { RICHEL.   |
|                                                                              | { GOSSELIN. |
| Clinique chirurgicale.....                                                   | { VERNEUIL. |
|                                                                              | { TRÉLAT.   |
| Clinique ophthalmologique.....                                               | PANAS.      |
| Clinique d'accouchements.....                                                | DEPAUL.     |

**DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.**

*Professeurs honoraires :*

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

## Agrégés en exercice.

| MM.              | MM.          | MM.       | MM.        |
|------------------|--------------|-----------|------------|
| BERGER.          | GAY.         | LEGROUX   | REMY.      |
| BOUILLY.         | GRANCHER.    | MARCHAND. | RENDU.     |
| BOURGAIN         | HAILLOPEAU.  | MONOD.    | RICHEL.    |
| BUDIN.           | HENNINGER.   | OLLIVIER. | RICHELOT.  |
| CADIAT.          | HANRIOT.     | PEYRÔT.   | STRAUS.    |
| DEBOVE.          | HUMBERT.     | PINARD.   | TERRILLON. |
| DIEULAFOY.       | LANDOUZY.    | POZZI.    | TROISIER.  |
| FARABEUF, chef   | JEFFROY      | RAYMOND.  |            |
| des travaux ana- | DE LANESSAN. | RECLUS.   |            |
| tomiques.        |              |           |            |

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

**SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE**

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
M. LE PROFESSEUR BALL

**A MES CHERS CONCITOYENS**  
**A M. LE DOCTEUR RÉGIS**  
**DE L'ARRONDISSEMENT DE KRALJEVO, (SERBIE)**  
**Témoignage de ma vive reconnaissance.**

**A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS**

**A MON PRÉSIDENT DE THÈSE**  
**M. LE PROFESSEUR BALL**

**A M. LE DOCTEUR RÉGIS**

**Chef de clinique à l'Asile Sainte-Anne**

**A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS**

**ÉTUDE CLINIQUE**

**SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE**

**CHEZ LA FEMME**

---

Pendant les quelques mois que nous avons passés à l'asile de Sainte-Anne, M. le D<sup>r</sup> Régis, chef de clinique de M. le professeur Ball, nous fit remarquer que jusqu'à ce jour l'étude de la paralysie générale chez la femme avait été presque totalement laissée de côté par les auteurs, et cependant chez celle-ci, la maladie présente un caractère et des formes absolument particulières. Tout en rentrant par certains côtés dans la description classique, par d'autres elle en diffère d'une façon assez notable pour mériter une description spéciale.

Nous avons divisé notre travail en six parties, comprenant successive m e.

1<sup>re</sup> L'historique, 2<sup>e</sup> l'étiologie, 3<sup>e</sup> la symptomatologie, 4<sup>e</sup> la marche, la durée, la terminaison et par suite le diagnostic, le pronostic et le traitement, 5<sup>e</sup> les conclusions, 6<sup>e</sup> les pièces et observations justificatives.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit ici permis d'adresser le témoignage de notre sincère et profonde gratitude à notre cher maître, M. le professeur Ball, président de notre thèse, de qui nous avons reçu un si haut et puissant appui, et dont les leçons cliniques nous ont fourni de précieux documents. — Nous prions aussi M. le docteur Régis d'agréer nos plus vifs remerciements pour tout l'empressement qu'il a mis à nous guider dans cette étude, après nous en avoir donné l'idée première, et nous tenons à dire hautement que c'est grâce à ses excellents conseils que nous avons été mis à même de conduire à bonne fin ce travail.

## HISTORIQUE

La description de la paralysie générale ne date que des premières années de ce siècle. Nous n'avons pas l'intention de faire ici une étude approfondie de son historique, étude que les limites de notre sujet ne comportent pas, mais nous croyons devoir en rappeler les principales phases.

Esquirol et Georget, dont les ouvrages renferment la première description de l'affection, ne la connaissaient pas complètement; de nombreux symptômes leur avaient échappé, ils faisaient dériver tous les troubles observés de lésions mentales. C'était pour eux, « une folie qui se complique de paralysie dans la période terminale; » encore ils admettaient que la paralysie générale peut se développer quelquefois dans le cours de la folie.

A Bayle appartient l'honneur d'avoir le premier nettement décrit la paralysie générale, et de lui avoir assigné une place bien distincte dans le cadre nosologique.

Elle est caractérisée pour lui par une association de troubles moteurs et de troubles intellectuels qui se développent parallèlement. « Ce parallèle, dit-il, fait à toutes les époques de la maladie, nous offre un rapport constant entre le délire et la paralysie. On voit celui-là parcourir tous les degrés qui séparent l'aliénation partielle de la destruction entière des facultés de l'entendement, pendant le temps que celle-ci parvient du simple embarras des mouvements jusqu'à l'immobilité presque complète de tous les organes de l'appareil locomoteur.

« On ne saurait donc refuser d'admettre que ces deux ordres de phénomènes sont les symptômes d'une même maladie, c'est-à-dire, d'une arachnitis chronique. »

Seulement il est allé trop loin dans ces conclusions, en faisant du délire ambitieux un symptôme pathognomonique et indispensable, alors que ce délire se retrouve dans une foule d'autres affections mentales.

De plus il assignait à la maladie une évolution bien définie, passant par trois stades ; manie, monomanie et démence.

Les progrès de la science ont montré que cette division rigoureuse ne répond point à la réalité des faits. Si en effet l'association des troubles moteurs, et des désordres psychiques reste la règle, on trouve dans les degrés respectifs de ces deux ordres de symptômes de nombreuses variétés. Bien plus, chez un même malade, les désordres intellectuels, loin de pouvoir être ramenés à une forme simple, oscillent et varient, pour ainsi dire, d'un instant à l'autre.

Cette division de l'affection en trois stades ne satisfait donc pas les observateurs. On s'est alors placé à des points de vue essentiellement différents pour décrire la paralysie générale.

Certains auteurs cherchaient à la rattacher à des influences spécifiques, toxiques, locales, saisonnières, etc. — D'autres l'étudièrent par rapport à la forme du délire, ou enfin par rapport à l'âge; mais bien peu se sont préoccupés du sexe qui, lui, amène de sérieuses modifications dans la symptomatologie. Aussi cette lacune nous a-t-elle déterminé à entreprendre notre tâche.

Nous avons en effet remarqué qu'en considérant attentivement les diverses phases de l'évolution de la paralysie générale, on peut se convaincre que l'irrégularité de la maladie et la mobilité des symptômes sont encore plus accentuées chez la femme. La forme toute spéciale que revêt l'affection dans le sexe féminin, la profonde dissemblance de ses causes génératrices, sa rareté même, auraient dû, à ce qu'il semble, fixer l'attention des médecins. Cependant les ouvrages spéciaux ne contiennent guère que des allusions.

On mentionne le fait et on passe. On décrit pêle-mêle les formes de la maladie dans les deux sexes comme s'il s'agissait de la tuberculose pulmonaire ou d'une affection inflammatoire quelconque.

A l'étranger, quelques spécialistes ont étudié la question mais ils sont peu nombreux, et ce qu'ils ont publié sur ce point n'est rien à côté de la masse considérable des documents concernant la paralysie générale de l'homme, celle que l'on appelle classique.

Un des premiers qui s'en soit occupé est Neumann (de Berlin). Malheureusement, soit parti pris, soit défaut d'observations suffisamment nombreuses, il a cru pouvoir nier entièrement l'existence de la maladie qui nous occupe dans le sexe féminin. D'après lui il y a entre les deux sexes, un véritable antagonisme. Au sexe masculin appartient ex-

clusivement la paralysie générale, au sexe féminin la folie hystérique. Les mêmes opinions sont défendues dans la thèse d'un des élèves, Kornfeld (1). Nous devons ajouter que Neumann et Kornfeld sont seuls de leur avis, et que leur travaux ont été l'objet de critiques et de jugements sévères.

En dehors de ces travaux pour ainsi dire négatifs, nous ne connaissons que trois auteurs qui aient publié des mémoires importants sur cette question.

Le premier en date est W. Sander. (Aliénation paralytique chez la femme; Berlin. Klin. Wochenschrift, n° 7, 1870) dont le travail consciencieux passe à peu près complètement en revue l'histoire de la paralysie générale chez la femme.

Vient ensuite un travail de Kraft Ebing, fait surtout au point de vue étiologique et pathogénique. Le même auteur a publié une observation intéressante que nous reproduisons plus loin (voir Etiologie.)

Enfin, une intéressante communication a été faite à la réunion du comité des médecins aliénistes de la Silésie par le Dr Jung, de Leubus (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Berlin, 1879, 35<sup>e</sup> vol, 6<sup>e</sup> Livre, p. 625.

Si à ces trois mémoires nous ajoutons une petite note du Dr Sioli, insérée dans le «Charité Annalen, IV<sup>e</sup> année 1877, p. 455-467, nous aurons nommé tout ce qu'on a publié, à notre connaissance du moins, sur le sujet qui nous occupe.

En France, il n'existe sur ce point aucun travail d'ensemble; tous les auteurs ont plus longuement parlé des différences qui existent entre les deux sexes au point de vue de la paralysie générale, aucun n'a traité la question isolément. Ce n'est que tout récemment, qu'une leçon faite à

(1) Kornfeld. Ueber Paralyse, etc. Berlin, 1877, in-8.

Colovitch.

l'asile de Sainte-Anne par le D<sup>r</sup> Régis, chef de clinique, est venue combler cette lacune.

## ETIOLOGIE.

Un fait frappe tout d'abord quand on étudie les causes de la paralysie générale chez la femme, c'est que les conditions qui président au développement de l'affection dans le sexe féminin sont tout autres que celles dont nous pouvons saisir l'action chez l'homme. Ce résultat n'a rien qui doive surprendre ; en effet, si l'on réfléchit aux différences profondes qui existent entre les deux sexes au point de vue social, comme au point de vue physiologique, on comprendra que cette dissemblance continue à se manifester sur le terrain de la pathologie.

*Fréquence.* — La paralysie générale est notablement plus rare chez la femme que chez l'homme. Voilà un premier point sur lequel tout le monde est d'accord. Mais les divergences deviennent nombreuses et considérables quand il s'agit d'une évaluation précise. Pour y parvenir, il y a trois éléments à déterminer.

1° La fréquence *absolue* de la maladie chez la femme, c'est-à-dire la proportion des femmes atteintes de paralysie générale, par rapport au nombre total des femmes aliénées ;

2° La fréquence *absolue* chez l'homme ;

3° La fréquence *relative*, qui peut être déterminée par la comparaison des chiffres fournis par les deux sexes.

1° Nous écarterons d'abord l'opinion de Neumann.

Pour lui comme pour son élève Kornfeld, il n'y a pas de paralysie générale dans le sexe féminin.

C'est là une assertion en contradiction évidente avec les faits et l'observation journalière; aussi Jung a-t-il pu l'appeler « une boutade plus ou moins spirituelle bien plutôt qu'une vérité scientifique. »

D'autre part, Foville croit que la proportion des femmes est de 1/3, soit 33 p. 100 du nombre total des paralytiques. Vraie pour certains champs d'observations très restreints, cette assertion ne nous paraît pas répondre à la généralité des faits, et nous la croyons aussi exagérée dans son sens que les négations de Neumann: .....

La statistique de W. Sander, embrassant 6 années, donne, pour les femmes aliénées reçues à la clinique de Berlin, le chiffre de 665; sur ce nombre il a trouvé 45 paralytiques, soit une proportion de 6,7 p. 100.

Sur 100 femmes aliénées :

|                         |       |               |
|-------------------------|-------|---------------|
| Ramon a trouvé.....     | 2,2   | paralytiques. |
| Burman.....             | 3,2   | .....         |
| Dagonet (Stephansfeld). | 4,0   | .....         |
| Bayle.....              | 3,5   | .....         |
| Esquirol.....           | 5,2   | .....         |
| Magnan (Salpêtrière)..  | 10,66 | .....         |
| Calmeil.....            | 6,6   | .....         |
| Luis.....               | 8,3   | .....         |

Pour la France, nous avons pu nous procurer les statistiques de plusieurs établissements publics ou privés, qui nous ont été communiquées par M. le Dr Régis. Les unes donnent les chiffres au grand complet, les autres ne mentionnent que les proportions.

| Noms des établissements.                | Nombre de femmes aliénées. | Nombre de paralytiques. | Proportion. |
|-----------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------|
| Prémontre.....                          | 415                        | 8                       | 1,9 0/0     |
| Bailleul.....                           | 1100                       | 33                      | 3,0 0/0     |
| Ville-Evrard.....                       | 396                        | 40                      | 10,1 0/0    |
| Charenton (pensionnat).                 | 246                        | 16                      | 6,5 0/0     |
| Dijon.....                              | 271                        | 3                       | 1,1 0/0     |
| Ste-Anne (clinique)....                 | 50                         | 8                       | 16,0 0/0    |
| Ste-Anne (service de M. Bouchereau..... | 340                        | 15                      | 4,4 0/0     |
| Foville.....                            | 334                        | 9                       | 2,6 0/0     |
| Vaucluse.....                           | 346                        | 18                      | 5,2 0/0     |
| Maison de santé de Paris, (Dr X.).....  | 252                        | 8                       | 3,1 0/0     |

Nous avons fait le total de tous ces relevés et nous avons obtenu comme moyenne le chiffre 4, 5 p. 100.

2° En ce qui concerne les hommes, les documents ont été puisés aux mêmes sources.

| Noms des établissements.               | Nombre de femmes aliénées. | Nombre de paralytiques. | Proportion. |
|----------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------|
| <i>Etranger.</i>                       |                            |                         |             |
| Jung-Sander (Berlin)...                | 630                        | 170                     | 27,0 0/0    |
| Ramon.....                             |                            |                         | 21,0 0/0    |
| Burman.....                            |                            |                         | 14,0 0/0    |
| Stephansfeld.....                      |                            |                         | 27,0 0/0    |
| <i>France.</i>                         |                            |                         |             |
| Ste Anne (clinique 1881).              | 421                        | 80                      | 19,0 0/0    |
| Charenton.....                         | 365                        | 117                     | 32,0 0/0    |
| Ville-Evrard.....                      | 401                        | 91                      | 22,6 0/0    |
| Vaucluse.....                          | 291                        | 67                      | 32,0 0/0    |
| Dijon.....                             | 233                        | 7                       | 3,0 0/0     |
| Maison de santé de Paris, (Dr X.)..... | 312                        | 120                     | 38,5 0/0    |
| Calmeil.....                           | 366                        | 95                      | 25,0 0/0    |
| Esquirol.....                          |                            |                         | 26,0 0/0    |
| Bayle.....                             |                            |                         | 21,0 0/0    |
| Magnan.....                            |                            |                         | 39,5 0/0    |

En opérant comme pour les femmes, nous avons trouvé comme valeur moyenne de la fréquence absolue chez l'homme 24,7 p. 100.

La proportion des femmes atteintes de paralysie générale par rapport aux aliénées ordinaires est donc, d'après nos calculs, de 1/15 environ, celle des hommes dans les mêmes conditions étant de 1/4.

3° Si les chiffres indiquant la fréquence absolue de l'affection dans l'un et l'autre sexe sont variables, suivant les auteurs, cette variabilité s'accroît encore quand il s'agit de la fréquence relative.

Une des statistiques les plus anciennes est celle de Calmeil (Art. Par. générale. In Dict. méd., 1834). Il indique comme proportion des femmes 11 p. 100.

Les relevés cités par Aug. Voisin, dans son ouvrage (Traité de la Par. générale, p. 314), donnent respectivement :

|              |        |
|--------------|--------|
| Marcé.....   | 8 0/0  |
| Duchek....   | 10 0/0 |
| Esquirol...  | 13 0/0 |
| Parchappe..  | 20 0/0 |
| Lasègue ...  | 22 0/0 |
| Hoffmann..   | 24 0/0 |
| Foville..... | 30 0/0 |

Nous pouvons y joindre les chiffres suivants, provenant de quelques autres observations :

|             |            |
|-------------|------------|
| Bayle.....  | 16,6 0/0   |
| Burman...   | } 22,0 0/0 |
| Bedoy.....  |            |
| Schule..... | 40,0 0/0   |
| Jung.....   | 25,0 0/0   |

|            |            |
|------------|------------|
| Magnan.... | } 23,6 0/0 |
| Dagonet .. |            |
| Ramon....  | 12,5 0/0   |
| Luys.....  | 7,7 0/0    |

En Allemagne, nous trouvons les données suivantes, empruntées à Sander, Jung, Kraft-Ebing.

Sander, statistique de l'asile public :

|          |                  |
|----------|------------------|
| Hommes.  | 2252             |
| Femmes.. | 108 soit 4,7 0/0 |

Statistique du pensionnat :

|         |                |
|---------|----------------|
| Hommes. | 96             |
| Femmes. | 9 soit 0,9 0/0 |

En outre, Sander donne la statistique détaillée de 6 années 1870-76 que nous reproduisons *intégralement* :

|      | Hommes. | Femmes. | Proportion des femmes. |
|------|---------|---------|------------------------|
| 1870 | 14      | 4       | 8,8 0/0                |
| 1871 | 20      | 2       | 4,4 0/0                |
| 1872 | 27      | 3       | 6,6 0/0                |
| 1873 | 25      | 3       | 6,6 0/0                |
| 1874 | 28      | 6       | 13,3 0/0               |
| 1875 | 29      | 10      | 22,2 0/0               |
| 1876 | 29      | 17      | 27,7 0/0               |

En additionnant nous trouvons 170 paralytiques hommes, pour 45 femmes, ce qui nous conduit à une proportion de 26 p. 100, nombre qui se rapproche beaucoup de celui de Foville.

Kraft Ebing croit pouvoir assigner aux cas de paralysie générale la même fréquence relative qu'aux cas de tabes

dorsalis ; 1 femme pour 8 hommes, ou 12,5 p. 100. Enfin l'asile de Steiermark a 7 femmes sur 87 paralytiques ou 8,7 p. 100.

En France, nous trouvons des proportions tout à fait différentes suivant les asiles, et le nombre des femmes dans quelques-uns de ces établissements nous conduirait à un chiffre relativement très élevé. Voici nos relevés avec l'indication des établissements.

| <i>Etablissements.</i>    | <i>Hommes paral.</i> | <i>Femmes paral.</i> | <i>Prop. p. 100</i> |
|---------------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
| Sie-Anne (clinique 1881). | 80                   | 13                   | 16,0 0/0            |
| Charenton.....            | 117                  | 16                   | 13,6 0/0            |
| Dijon.....                | 7                    | 3                    | 42,8 0/0            |
| Vanves.....               | 12                   | 0                    | 0                   |
| Ivry.....                 | 15                   | 2                    | 13,0 0/0            |
| Blois.....                | 5                    | 2                    | 40,0 0/0            |
| Pau.....                  | 15                   | 5                    | 33,0 0/0            |
| Ville-Evrard.....         | 91                   | 40                   | 47,0 0/0            |
| Vaucluse.....             | 67                   | 18                   | 27,0 0/0            |

On remarquera les chiffres élevés fournis par les asiles de Dijon et de Blois ; ce sont les plus considérables que nous avons rencontrés. Nous devons toutefois faire observer que le petit nombre des cas leur ôte une grande partie de leur signification. (Ville-Evrard et Vaucluse reçoivent tous les paralytiques provenant des asiles parisiens.)

Nous avons gardé, pour la reproduire à part, la statistique d'un établissement de Paris (D<sup>r</sup> X...), qui embrasse une période de 15 années. Le p. 100 des paralytiques femmes y est peu élevé (187 hommes, 13 femmes, soit 6,9 p. 100).

Mais c'est là un fait ordinaire quand il s'agit d'asiles privés, et nous aurons occasion d'y revenir en détail. Le côté vraiment curieux de ce relevé, est la variabilité de la

proportion suivant les années. Tandis que dans le tableau de Sander, le rapport des femmes aux hommes varie peu, ou du moins s'accroît d'une manière régulière ; les chiffres de M. X... accusent de notables écarts.

| <i>Années.</i> | <i>Hommes.</i> | <i>Femmes.</i> | <i>Proportion.</i> |
|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| 1865           | 14             | 3              | 21,4 0/0           |
| 1866           | 11             | 0              | 0                  |
| 1867           | 15             | 0              | 0                  |
| 1868           | 17             | 1              | 5,9 0/0            |
| 1869           | 2              | 1              | 50,0 0/0           |
| 1870           | 8              | 0              | 0                  |
| 1871           | 11             | 0              | 0                  |
| 1872           | 13             | 0              | 0                  |
| 1873           | 10             | 2              | 20                 |
| 1874           | 14             | 1              | 7,1                |
| 1875           | 14             | 1              | 7,1                |
| 1876           | 9              | 1              | 9,1                |
| 1877           | 14             | 0              | 0                  |
| 1878           | 11             | 3              | 27,8               |
| 1879           | 8              | 0              | 0                  |
| 1880           | 5              | 0              | 0                  |
| 1881           | 11             | 0              | 0                  |

Si maintenant nous cherchons à condenser les résultats épars dans les différents relevés que nous avons cités ; nous trouverons 8,2 femmes sur 100 paralytiques ou 1/11. Ce résultat, on le voit, s'éloigne sensiblement de ceux de Foville, Hoffmann, etc., pour se rapprocher beaucoup du chiffre de Marcé.

Comme on pouvait s'y attendre, *a priori*, une semblable étude ne pouvant se baser que sur un grand nombre de faits, le chiffre des femmes atteintes de paralysie générale est d'autant plus faible, que les nombres considérés sont plus grands.

Ainsi, le rapport le plus élevé, 42,8 p. 100, nous a été donné par l'asile de Dijon, qui ne compte que 10 paralytiques, dont *deux* femmes.

Au contraire, le relevé de l'asile public de Sander, comprenant 2,360 cas, ne nous donne comme proportion des femmes que 4,7 p. 100.

Nous nous croyons le droit de défendre notre conclusion qui est le résultat des observations de 12 auteurs. On peut se demander, avec Sander, si cette rareté de l'affection chez la femme est en réalité aussi considérable qu'elle le paraît. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a cherché à l'expliquer.

On a d'abord mis en cause les erreurs d'observation. Les femmes ayant un délire moins bruyant peuvent rester plus longtemps chez elles. Comme elles sont plutôt démentes et affaissées qu'agitées, leur internement dans les asiles est moins souvent réclamé. Cette interprétation serait assez séduisante, mais elle tombe devant ce fait que les médecins qui exercent en ville n'observent pas plus souvent la paralysie générale de la femme que leurs confrères des hôpitaux.

Neumann, dont les conclusions négatives ont besoin d'être appuyées à tout prix, considère la paralysie générale comme le résultat d'un épuisement nerveux engendré surtout par l'abus des excitations sexuelles. Or, dit-il, l'acte sexuel absorbe bien plus l'homme que la femme. Nous croyons que cette assertion est un peu hasardée.

Enfin Baillarger, Lunier d'une part, M. Régis, d'autre part, ont donné de cette rareté des explications qui nous paraissent beaucoup plus plausibles.

Pour les deux premiers, la paralysie générale est avant tout une affection de nature congestive vis-à-vis de la-

qu'elle la menstruation jouerait le rôle d'un dérivatif. Nous nous réservons de discuter ce point de vue un peu plus loin.

M. Régis se rapproche un peu des conclusions de Kornfeld, mais il est loin de tomber dans la même exagération. Pour lui il y a une sorte d'antagonisme entre l'hystérie et la paralysie générale, et la première tient jusqu'à un certain point la place de la seconde dans la pathologie féminine. Dans une thèse faite sous son inspiration (Charrière, *Considérations sur les rapports de l'hystérie et de la paralysie générale*; Th. Paris, 1882), cette opinion se trouve reproduite.

La coexistence des deux affections est de la plus grande rareté. Nous ne connaissons qu'une observation où cette coexistence soit clairement indiquée. C'est l'observation de Poumeau (Thèse de Charrière).

Dans nos 21 observations, une seule, n° 5, mentionne l'existence d'accidents nerveux antérieurs; encore sont-ils fort mal déterminés.

## II.

*Age.* — La première partie de ce travail laisse voir une profonde différence entre les deux sexes, au point de vue de l'âge des malades. Toutefois, à cet égard, il faut reconnaître que les opinions sont très partagées. Au risque d'anticiper, nous croyons devoir dire immédiatement que nos conclusions diffèrent assez notablement de celles des auteurs.

Nous croyons qu'il faut voir ici un des avantages de

l'emploi de grands chiffres. Le chiffre qui nous a paru représenter l'âge moyen où la maladie se développe nous a été fourni par l'addition d'un certain nombre de statistiques, provenant d'auteurs et d'asile différents.

Calmeil (*loc. cit.*), dit que la plus grande fréquence de la maladie a lieu de 35 à 50 ans, et qu'on la retrouve encore assez communément de 50 à 65 ans; d'après Auguste Voisin, elle acquiert son maximum de fréquence de 35 à 45 ans. Ces deux observateurs n'établissent pas de distinction entre les deux sexes. Tous deux s'accordent à reconnaître l'extrême rareté avant 25 ans et au delà de 60 ans.

Quelques observations montrent cependant d'une manière indiscutable son existence dans ces périodes.

Un malade cité par Mickle avait atteint l'âge de 99 ans. Fait important : aucun des malades tardifs n'appartient au sexe féminin.

La statistique de Jung, comprend un total de 95 cas de paralysie chez la femme; il a trouvé :

|                 |    |                 |    |
|-----------------|----|-----------------|----|
| De 20 à 25 ans, | 3  | De 41 à 45 ans, | 25 |
| De 26 à 30 ans, | 7  | De 46 à 50 ans, | 10 |
| De 31 à 35 ans, | 17 | De 51 à 55 ans, | 8  |
| De 36 à 40 ans, | 21 | De 56 à 60 ans, | 4  |

Le maximum de fréquence aurait donc lieu, d'après Jung, de 35 à 45 ans et surtout dans la seconde moitié de cette période.

Nous empruntons au travail de W. Sander (*loc. cit.*), une statistique d'âge qui comprend un total de 211 cas, dont 44 ont été observés chez la femme et 167 chez l'homme. Cette statistique se trouve aussi dans la communication de Jung.

|         | <i>Femmes.</i> | <i>Hommes.</i> |
|---------|----------------|----------------|
| 20 ans. | 0              | 1              |
| 25 —    | 0              | 2              |
| 30 —    | 2              | 6              |
| 35 —    | 4              | 25             |
| 40 —    | 15             | 34             |
| 45 —    | 12             | 44             |
| 50 —    | 8              | 27             |
| 55 —    | 2              | 16             |
| 60 —    | 1              | 13             |

On voit qu'ici le maximum se rencontre à la même période dans les deux sexes; seulement chez l'homme, la paralysie semble commencer plus tôt et prendre fin plus tard.

Kraft-Ebing a comparé au point de vue de l'âge 80 malades des deux sexes. Voici le relevé de ces 160 cas :

| <i>Age.</i>  | <i>Hommes.</i> | <i>Femmes.</i> |
|--------------|----------------|----------------|
| 20 à 31 ans. | 2              | 10             |
| 31 à 40 —    | 35             | 23             |
| 41 à 50 —    | 34             | 35             |
| 51 à 60 —    | 9              | 12             |
| 61 à 70 —    | 0              | 0              |

Ce relevé donne comme âge du maximum de fréquence, 31 à 50 ans pour les deux sexes; plus précisément, 31 à 40 ans chez l'homme et 41 à 50 chez la femme. On remarquera que la proportion des femmes est plus grande que celle des hommes, d'une part au-dessous de 30 ans et d'autre part au-dessus de 50 ans, résultat qui se trouve en contradiction formelle avec ceux des statistiques précédentes.

Pour les asiles français, nous possédons les relevés de Sainte-Anne (clinique), Sainte-Anne (service de M. Bou-

chereau), des asiles de Dijon, Saint-Yon, Pau, Blois et des maisons de santé d'Ivry et de Vanves. Les chiffres du service de M. Bouchereau et de Saint-Yon ne concernent que les femmes. Ceux de Vanves et d'Ivry ne renferment que des hommes.

1° Femmes.

| Age.    | Ste-Anne         | Ste-Anne | St-Yon.            | Pau. | Blois. | Ivry. | Dijon. | Tot.      | 0/0  |
|---------|------------------|----------|--------------------|------|--------|-------|--------|-----------|------|
|         | <i>Clinique.</i> |          | <i>Bouchereau.</i> |      |        |       |        |           |      |
| 20 à 30 | 3                | 2        | 3                  | »    | 1      | »     | »      | 9         | 12,8 |
| 31 à 35 | 4                | 4        | 6                  | 1    | 1      | 1     | »      | 17        | 24,2 |
| 36 à 40 | 5                | 3        | 3                  | »    | »      | 1     | 8      | 15        | 21,4 |
| 41 à 45 | 4                | 2        | 6                  | 2    | »      | »     | »      | 14        | 20,0 |
| 46 à 50 | »                | 2        | 2                  | 2    | »      | »     | »      | 6         | 8,5  |
| 51 à 55 | 3                | 2        | 1                  | »    | »      | »     | »      | 6         | 10,0 |
| 56 à 60 | 1                | »        | 1                  | »    | »      | »     | »      | 2         | 2,8  |
| 61 à 65 | »                | »        | »                  | »    | »      | »     | »      | »         | »    |
| 65 à 70 | »                | »        | »                  | »    | »      | »     | »      | »         | »    |
|         |                  |          |                    |      |        |       |        | <u>69</u> |      |

2° Hommes.

| Age.    | Ste-Anne         | Ivry. | Pau. | Blois. | Blois             | Dijon. | Total.     | 0/0  |
|---------|------------------|-------|------|--------|-------------------|--------|------------|------|
|         | <i>Clinique.</i> |       |      |        | <i>St-Lazare.</i> |        |            |      |
| 20 à 30 | 5                | »     | 1    | »      | »                 | »      | 6          | 5,5  |
| 31 à 35 | 13               | 5     | 1    | »      | »                 | »      | 19         | 17,5 |
| 36 à 40 | 13               | 2     | 3    | »      | »                 | 1      | 19         | 17,5 |
| 41 à 45 | 17               | 3     | 4    | 3      | »                 | 1      | 28         | 25,5 |
| 46 à 50 | 7                | 2     | 3    | »      | 2                 | 3      | 17         | 16,6 |
| 51 à 55 | 3                | 1     | 1    | »      | »                 | »      | 5          | 4,6  |
| 56 à 60 | 2                | 2     | 1    | »      | »                 | 1      | 6          | 5,5  |
| 61 à 65 | 6                | »     | 1    | »      | »                 | »      | 7          | 6,4  |
| 66 à 70 | 4                | »     | »    | »      | »                 | »      | 4          | 0,9  |
|         |                  |       |      |        |                   |        | <u>108</u> |      |

D'après ces chiffres, le maximum de fréquence aurait

lieu chez la femme de 35 à 45 ans et surtout de 30 à 45, le nombre diminuerait ensuite brusquement.

Chez l'homme le maximum se montrerait de 30 à 50 ans, mais surtout de 41 à 45 ans.

A part les légers écarts, l'âge moyen est à peu près le même dans tous les relevés.

Nous avons cherché à l'établir avec plus de précision, en étudiant à ce même point de vue 648 cas de paralysie générale, dont 290 ont été observés chez la femme et 368 chez l'homme.

1<sup>o</sup> Femmes.

| Age.    | Asiles français. | Kraft-Ebing. | Sander. | Jung. | Total. | 0/0  |
|---------|------------------|--------------|---------|-------|--------|------|
| 21 à 30 | 9                | 10           | 2       | 10    | 31     | 10,7 |
| 31 à 40 | 32               | 23           | 19      | 38    | 112    | 38,  |
| 41 à 50 | 20               | 35           | 20      | 35    | 110    | 37,2 |
| 51 à 60 | 9                | 12           | 3       | 12    | 36     | 12,  |
| 61 à 70 | »                | »            | »       | »     | »      | »    |

2<sup>o</sup> Hommes.

| Age.    | Asiles français. | Kraft-Ebing. | Sander. | Jung. | Total. | 0/0  |
|---------|------------------|--------------|---------|-------|--------|------|
| 20 à 30 | 7                | 2            | 8       | 17    | 34     | 4,7  |
| 31 à 40 | 43               | 35           | 59      | 137   | 274    | 37,2 |
| 41 à 50 | 49               | 34           | 71      | 154   | 308    | 41,8 |
| 51 à 60 | 13               | 9            | 29      | 51    | 102    | 13,9 |
| 61 à 70 | 9                | 8            | 8       | 25    | 50     | 2,4  |

Ce chiffre assez considérable de malades nous montre comme présentant le maximum de fréquence dans les deux sexes la période moyenne de la vie, de 31 à 50 ans.

Le maximum pour le sexe féminin se rencontre de 31 à 40 ans et de 41 à 50 ans pour le sexe masculin. L'écart peu accentué de 31 à 30 ans se prononce davantage de 41 à 50 ans. Cependant les chiffres sont encore assez voisins

pour qu'on puisse dire avec les auteurs, qu'à un moment donné, la prédisposition est sensiblement égale pour les deux sexes. Au-dessous de 30 ans, la fréquence de la paralysie paraît être plus grande chez la femme. Au-dessus de 50 ans, au contraire elle est plus considérable chez l'homme. Enfin, au delà de 60 ans, l'affection est rare dans les deux sexes et paraît constituer une véritable exception. Cette rareté est plus marquée pour le sexe féminin.

### III

*Menstruation.* — Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer nous permettent maintenant d'aborder l'étude d'un autre ordre de causes.

Nous voulons parler des rapports qui existent entre le phénomène physiologique de la menstruation et le développement de la paralysie générale. Il y a longtemps qu'on a cherché à expliquer l'immunité relative du sexe féminin par la présence du flux menstruel; c'était l'opinion de Baillarger. Pour lui, comme pour Lunier, la paralysie générale étant avant tout une affection de nature congestive, devait se trouver influencée d'une manière salutaire par l'écoulement périodique et régulier du sang.

Sander, Jung, Kraft-Ebing, considèrent la paralysie générale chez la femme comme une maladie de l'âge critique. Si nous nous reportons à la statistique que nous avons donnée plus haut, nous voyons qu'à la vérité la paralysie générale est surtout fréquente de 30 à 40 ans; mais qu'elle n'est encore beaucoup de 40 à 50, c'est-à-dire à une époque qui est en moyenne celle de la ménopause dans les climats septentrionaux.

Il y aurait d'abord une distinction à établir. Il faudrait tâcher de déterminer si l'éclosion de l'affection reconnaît simplement pour cause l'arrêt d'une hémorrhagie habituelle, ou s'il faut incriminer la cessation de l'activité sexuelle.

Ensuite, en s'appuyant sur le plus grand nombre possible de cas, il conviendrait de rechercher si l'influence préservatrice attribuée à la menstruation est bien réelle, et s'il faudrait voir dans l'affection l'effet ou la cause des troubles menstruels. C'est ce que nous allons essayer.

Les relevés de Sander comprennent 22 femmes mortes à l'asile et 45 (ce sont les 45 femmes qui figurent dans le travail de Jung) admises de 1870 à 1876. Sur les 22 premières 18 avaient eu des irrégularités menstruelles pendant longtemps, et chez 12 ou 54 p. 100, la maladie avait débuté, soit au moment de la ménopause, soit un peu après.

La seconde série, 45 femmes, en comprend 39 parvenues à l'âge de la ménopause. Chez 22, les règles avaient cessé sans accident; mais, chez 15, l'arrêt de la menstruation avait été précédé de métrorrhagies; 2 n'avaient jamais été réglées; 2 l'étaient encore abondamment, malgré leur âge avancé; 2 l'étaient très irrégulièrement, 3 avaient eu des métrorrhagies au moment de l'apparition des premiers symptômes de la paralysie générale.

Des hémorrhagies artificielles n'avaient en rien amélioré la situation chez quelques malades.

Kraft-Ebing a étudié, au point de vue de l'étiologie, 80 cas. Sur ces 80 malades 22, soit 27,5 p. 100 étaient arrivées à l'âge critique; 11, soit 13,7 p. 100 présentaient « des dérangements de la menstruation, *nimia* ou *suppressa* en dehors du klimactérium (période critique) ». Sur les 22 femmes arrivées à l'âge critique, 11 ne paraissaient pas présenter

d'autres causes. Mais 6 étaient des aliénés héréditaires, 2 offraient des signes évidents d'alcoolisme, 2 avaient souffert des privations; 1 avait éprouvé une peur violente. A ces 80 cas, Kraft-Ebing en ajoute trois autres, dont « il a eu communication dans les derniers jours », et dans lesquels la seule cause appréciable était l'âge critique. Seulement, comme l'affection s'est montrée dans d'autres cas malgré les règles, même abondantes, il se croit autorisé à nier l'influence préservatrice de l'hémorrhagie menstruelle. Les troubles de la menstruation relèvent simplement d'une parésie des vaso-moteurs dont l'origine est dans une lésion du système nerveux central.

Jung a observé 130 femmes. Chez 73 ou 56 p. 100, la menstruation était irrégulière ou arrêtée. Le début de l'affection lui a paru fréquemment coïncider avec l'âge critique. Contrairement aux conclusions de Sander et de Kraft-Ebing, il admet l'action favorable des hémorrhagies, spontanées ou provoquées, et croit qu'un certain nombre des rémissions sont dues à leur heureuse influence.

Nous devons à l'obligeance de M. Régis une statistique provenant de l'asile Saint-Yon et dressée par le d<sup>r</sup> Cortyl. Elle comprend 22 femmes paralytiques; 3 seulement sont réglées régulièrement. Toutes les trois ont moins de 40 ans. Chez 4 les règles sont très irrégulières, 2 ont moins de 35 ans, 1 a 40 ans, l'autre 48. Chez 15, la suppression est complète; 8 ont plus 40 ans; 7 autres sont de jeunes femmes; 1 a 24 ans; 1 n'a jamais été réglée.

Nous possédons des renseignements détaillés sur l'état de la menstruation chez les 2 femmes de la maison d'Ivry. Chez l'une (39 ans), la menstruation est assez régulière, et le retour des règles coïncide, avec un redoublement d'excitation. Chez l'autre (36 ans), les règles sont régulières,

Colovitch.

peu abondantes et n'apportent aucune modification à l'état mental.

Aucune des cinq femmes de l'asile de Pau n'est bien réglée, trois ont une suppression complète, une est arrivée à la ménopause, une a probablement une affection des organes génitaux (dysménorrhée).

A Sainte-Anne (service du Dr Bouchereau) sur 15 malades, on compte 5 menstruations régulières, 6 suppressions au-dessous de 40 ans, 2 suppressions entre 40 et 50 ans, et enfin deux femmes arrivées manifestement à l'âge critique (52 et 55 ans).

Pour la clinique de Sainte-Anne, nous possédons 21 observations, prises dans le service du professeur Ball. Nous avons donné plus haut l'âge de nos malades.

Relativement à la menstruation, nous avons noté :

|                                          |   |      |
|------------------------------------------|---|------|
| Suppression prématurée.....              | 4 | } 13 |
| Suppression probablement physiologique.. | 9 |      |
| Irrégularités.....                       | 3 |      |
| Menstruation normale.....                | 3 |      |
| Incennue.....                            | 1 |      |

c'est-à-dire que 13, ou 65 p. 0/0, ne sont plus réglées pour une raison ou pour une autre.

Chez la femme qui fait le sujet de l'observation n° 15 le retour des règles fit disparaître tous les phénomènes de la paralysie générale, phénomènes dont l'apparition avait coïncidé avec l'arrêt du flux menstruel.

En résumé, sur un total de 168 cas, nous trouvons :

|                                |          |          |
|--------------------------------|----------|----------|
| Suppressions physiologiques... | 77 fois. | 45,0 0/0 |
| Suppressions prématurées.....  | 28 —     | 16,0 0/0 |

|                            |    |   |          |
|----------------------------|----|---|----------|
| Irrégularités simples..... | 25 | — | 14,0 0/0 |
| Absence totale.....        | 4  | — | 2,4 0/0  |
| Pas de renseignements..... | 1  | — | 0,6 0/0  |
| Ménstruation normale.....  | 15 | — | 8,0 0/0  |
| Métrorrhagies.....         | 18 | — | 10,0 0/0 |

et dans tout cela il n'y a qu'un seul cas d'amélioration par le retour des règles.

Que conclure ? Il ne semble pas que l'existence ou le retour des règles modifie beaucoup la marche de la maladie. Parmi les paralytiques de Sander et de Kraft-Ebing, il y avait des femmes qu'on pourrait appeler trop réglées, car à côté de la menstruation régulière et abondante, on voyait de vraies métrorrhagies qui, pourtant ne paraissent modifier en aucune façon l'état de la maladie. Il serait téméraire de s'appuyer sur le seul cas que nous possédons, et sur un cas de Jung pour défendre la théorie de Baillarger et Lunier. Un seul fait ressort clairement, c'est le développement fréquent de la maladie au moment de la ménopause.

Encore ne pouvons-nous nous empêcher de remarquer que d'après nos calculs, le maximum de fréquence de la paralysie générale a lieu de 31 à 40 ans, c'est-à-dire avant le moment physiologique de la ménopause dans nos climats.

Quant à la question de savoir si les suppressions prématurées, les irrégularités menstruelles, sont une cause ou un effet de la maladie cérébrale, nous ne pouvons y répondre. En effet, pour apprécier l'importance respective de ces deux facteurs, il faudrait suivre les malades depuis le début, et même les avoir connues et observées antérieure-

(1) Nous avons considéré comme physiologique toute suppression observée au delà de 41 ans.

ment. On conviendra que cela est difficile et même impossible dans les asiles où les malades ne pénètrent qu'à un stade plus ou moins avancé de leur affection. Au risque de nous mettre en opposition avec l'opinion d'observateurs autorisés, nous n'hésiterons pas à dire que l'influence de la menstruation dans la paralysie générale ne nous paraît pas suffisamment établie.

#### IV.

*Hérédité.* — Un facteur étiologique important de la paralysie générale est l'*hérédité*. Tout le monde lui reconnaît une importance plus ou moins considérable; seulement il y a divergence quant aux chiffres. Morel croit la paralysie générale héréditaire très rare; quelques-uns de ses élèves l'ont niée complètement. Mais c'est là une exagération évidente.

« Plus d'un quart des aliénés paralytiques, dit Calmeil, comptent dans leur parenté soit des mélancoliques, des maniaques, des individus en démence, soit des hémiplegiques, des épileptiques, des sujets atteints d'encéphalite chronique. Tantôt c'est le père ou la mère du sujet, tantôt une tante ou un oncle, tantôt un cousin qui ont éprouvé des accidents cérébraux.....

Toutes les familles ne consentent pas à avouer ces infirmités; et l'on peut avancer hardiment que l'hérédité existe sur un tiers des aliénés paralytiques» (Calmeil, Dict. de méd., art. Paralysie gén. 1841).

Sander donne une proportion beaucoup moins élevée. En effet, sur 180 paralytiques hommes, il a rencontré 27 fois l'hérédité, soit 13 p. 0/0. Sur 22 paralytiques femmes, il l'a

trouvée 5 fois, 22 p. 0/0. La statistique de Giraud, citée par Foville (Dict. de méd. et de chirur. pratiques) donne comme proportion de l'hérédité 29 p. 0/0. Dans le travail de Kr.-Ebing la proportion est de 17 femmes sur 80, soit 21,2 p. 0/0 et de 13 hommes sur 80 cas également, soit 15,1 0/0.

A l'asile Sainte-Anne (clinique), nos 21 observations nous donnent une proportion (avec quelques réserves pour les malades des n<sup>os</sup> 2, 9, 10, 11), considérable, supérieure même à celle de Calmeil, soit 52,3 p. 0/0.

Nous reviendrons plus loin sur cette statistique dont la discussion nous paraît intéressante.

A Pau, sur cinq femmes, on en trouve deux chez qui l'hérédité peut être mise en cause, soit 40 0/0, et sur 15 hommes 2 également, soit 13 0/0.

La proportion la plus faible nous est fournie par l'asile de Saint-Yon. En effet, sur 22 femmes, l'hérédité n'est mentionnée qu'une fois ou 4,5 0/0. Ce chiffre minime ne saurait surprendre, attendu que les antécédents de la plupart des malades sont tout à fait inconnus.

A Blois, il y a 7 paralytiques généraux, 5 hommes et 2 femmes. Les antécédents des deux femmes sont inconnus; mais sur les cinq hommes, un présente des traces manifestes d'hérédité, c'est-à-dire que la proportion est 20 0/0.

A la maison de santé d'Ivry (15 hommes, 2 femmes); aucune des femmes ne présente d'hérédité, mais sur les 15 hommes il y a 2 héréditaires, soit 13,3 0/0.

De ces chiffres, il résulte : 1<sup>o</sup> que d'une façon générale la proportion des cas héréditaires est considérable, mais moins toutefois que ne le pensait Calmeil; puisque sur un total de 449 cas observés dans les deux sexes, le nombre des héréditaires est de 79 ou de 17,6 0/0; 2<sup>o</sup> que l'hérédité

semble jouer chez les femmes un rôle plus important que chez l'homme.

En effet, sur 295 hommes, l'hérédité est mentionnée 43 fois, soit 14,5 0/0.

Tandis que pour 154 femmes, on trouve l'hérédité dans 36 cas ou 23,3 0/0.

Voilà le fait brut; mais nous pouvons essayer d'analyser plus complètement les données que la statistique nous fournit. Il serait intéressant de savoir au juste en quoi consistait la prédisposition héréditaire chez nos malades. C'est une recherche importante à la fois au point de vue scientifique et au point de vue social.

Depuis longtemps déjà on sait que les paralytiques généraux héréditaires ne sont pas nécessairement des descendants de paralytiques généraux ou de fous ordinaires. Le passage de Calmeil cité plus haut met sur la même ligne les maniaques et les hémiplegiques. Doutrebente (thèse Paris, 1870) dit que l'hérédité de la paralysie générale est très indirecte, et consiste dans la transmission d'une tendance à la congestion cérébrale, qui est elle-même une cause prédisposante de la paralysie générale.

Pour lui, et cette opinion est aussi de M. Régis, non seulement, à l'exemple de la plupart des auteurs, il faut admettre la réalité de ce que Lunier, J. Falret, Legrand du Saulle, etc., appellent l'hérédité congestive, mais encore il faut rejeter ce que Foville (Dict. de méd. et de chirurg. pratique) appelle l'hérédité vésanique. Pour eux, les parents peuvent transmettre la paralysie générale à leurs enfants, c'est-à-dire une prédisposition congestive; mais ils croient que la folie et la paralysie générale se transmettent par un processus tout différent, et s'ils rencontrent parmi les ascendants d'un paralytique général, des aliénés ordinairement

res, ils ne voient dans ce fait qu'une simple coïncidence.

Le Dr Régis estime qu'il y a une différence constitutionnelle entre la paralysie et la vésanie, et que la paralysie générale ne se développe que chez ceux que le professeur Lasègue appelle « les cérébraux ». Foville, qui admet l'hérédité vésanique, cite à l'appui de son opinion deux cas qui paraissent en effet, assez probants.

L'examen de nos observations nous porte à accepter plutôt la théorie de l'hérédité congestive. Nous ferons remarquer toutefois que les recherches de ce genre sont très difficiles, tant dans les asiles que dans les maisons de santé, soit à cause de l'ignorance des malades, soit à cause du mauvais vouloir des familles.

Sauf une observation (n° 10), toutes celles de nos malades chez lesquelles nous avons pu noter une prédisposition héréditaire, sont les filles ou petites filles d'hémiplégiques ou d'apoplectiques.

La malade de l'observation 10 n'a d'autre source d'hérédité qu'un grand-père un peu fou.

La malade de l'obs. 7 a des apoplectiques, parmi ses parents et ses grands-parents des deux côtés.

Celle de l'observation 16 est dans les mêmes conditions; en outre elle a perdu des frères à la suite de convulsions. Pour les autres, nous renvoyons au chapitre observations nos 1, 2, 3, 5, 9, 11, 13, 17, 18.

A Pau sur cinq femmes, il y a deux héréditaires.

L'une née d'un père alcoolique, a un frère épileptique. L'autre a une sœur démente et son père est mort fou. Nous n'avons donc en définitive à citer que deux cas d'hérédité vésanique, dont un est au moins douteux.

V

*Condition sociale.* — Chez l'homme la paralysie générale est fréquemment le résultat d'une surexcitation cérébrale, d'un travail intellectuel forcé.

Il en résulte que c'est surtout dans les classes élevées de la société que se rencontrent les paralytiques généraux. Les carrières libérales fournissent un contingent notable ; ainsi les statistiques des asiles et des maisons de santé mentionnent fréquemment des professeurs, des artistes, des hommes de lettres, des avocats, des officiers, etc. Chez la femme, au contraire, ce sont précisément les classes les plus infimes de la société qui fournissent le plus de paralytiques. On ne voit jamais figurer dans les statistiques ni actrices, ni femmes-auteurs, ni artistes ; ce sont surtout des domestiques, des ouvrières, des prostituées, etc (1).

Cette différence a été notée par tous les auteurs qui se sont occupés de la question, en Allemagne comme en France.

La démonstration directe du fait est fournie par la comparaison à ce point de vue des asiles et des maisons de santé ; les premiers recevant surtout des femmes de la classe pauvre tandis que les établissements privés ne renferment que des malades relativement riches.

Voici quelques chiffres à l'appui de ce que nous avançons :

(1) M. Régis dit à ce propos que les hommes de la classe aisée deviennent paralytiques, tandis que les femmes des mêmes classes deviennent plutôt hystériques.

|                                                                                           |   |     |   |    |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|---|----|--------|
| 1° <i>Asiles publics.</i> (Sander Asile public). 2252 <i>homm.</i> 180 <i>femmes.</i> 4/7 |   |     |   |    |        |
| Charenton.....                                                                            | » | 117 | — | 16 | — 18,6 |
| Dijon.....                                                                                | » | 7   | — | 3  | — 42,0 |
| Blois.....                                                                                | » | 5   | — | 2  | — 40,0 |
| Pau.....                                                                                  | » | 15  | — | 2  | — 33,0 |

2° *Maisons de santé.*

|                      |                  |     |       |    |           |
|----------------------|------------------|-----|-------|----|-----------|
| Vanves.....          | Maison de santé. | 12  | homm. | 0  | femm. 0/0 |
| Ivry.....            | »                | 15  | —     | 2  | — 13,0    |
| Sander (Berlin)..... | »                | 96  | —     | 1  | — 0,9     |
| Dr X.....            | »                | 187 | —     | 13 | — 6,9     |

On voit que pour chaque maison de santé, la proportion des femmes paralytiques, est beaucoup moindre que pour les asiles; absolument, cela va sans dire, puisque la population de ces sortes d'établissements est nécessairement moins nombreuse, mais aussi relativement.

Ce n'est pas un effet du hasard; la statistique de pensionnat de Berlin embrasse *une période de 47 ans* pendant laquelle on n'a reçu *qu'une seule* paralytique.

Une remarque analogue nous paraît pouvoir être faite relativement à la proportion des femmes dans les asiles départementaux. Elle y est moindre que dans les asiles de la Seine. Nous ne parlons que des asiles de second ordre. En effet, ceux qui, comme Saint-Yon, Ville-Evrard, etc. sont placés à proximité de centres importants, reçoivent une proportion considérable de paralytiques.

A Prémontré, asile de province éloigné des grands centres, et ne recevant que les malades provenant de villes de second ordre et de petites localités, il y a peu de paralytiques femmes (1,9 0/0). A Bailleul, la proportion est de 3 0/0. A Dijon, il y a trois paralytiques femmes sur 211 malades de même sexe.

Colovitch.

5

Dans toutes nos observations il s'agit de femmes des villes. A Saint-Yon une seule travaillait à la campagne comme domestique de ferme. Comme la proportion des paralytiques hommes est également moindre dans les asiles départementaux que dans ceux des grandes villes, nous sommes tout naturellement amenés à dire; 1° que d'une manière absolue la paralysie générale est plus rare dans la population des campagnes que dans celles des villes.

2° Que l'immunité relative du sexe féminin s'exagère encore quand on considère les chiffres fournis par les populations rurales. Cependant nous ne croyons pas que dans les deux sexes les causes de cette diminution soient les mêmes.

En effet si la population mâle des villes travaille du cerveau plus que celle des campagnes, nous ne pensons pas qu'une piqueuse de bottines, ou une blanchisseuse déploie plus d'activité intellectuelle qu'une fermière ou une journalière de la campagne.

La grande différence entre elles est dans les conditions d'hygiène physique et morale. Nous aurons plus loin l'occasion d'étudier d'une façon plus détaillée l'influence débilissante que peut exercer la vie plus ou moins désordonnée sur la classe ouvrière dans les grandes villes.

Presque toutes les malades observées exercent des professions manuelles. Celles qui n'en ont pas sont pour la plupart des femmes d'ouvriers, des prostituées ou des filles entretenues. Sander, Kraft-Ebing, Jung, s'accordent à reconnaître l'humble situation sociale des paralytiques femmes. Malheureusement ils ne donnent pas de détails.

Nous avons pu nous procurer des renseignements sur la profession de 54 femmes: 22 de l'asile de Sainte-Anne, 28

de Saint-Yon, 2 de Blois, 5 de Pau, 2 d'Ivry, 3 de Dijon. Ces 54 cas nous ont fourni les données suivantes :

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| « Sans profession connue..... » | 16       |
| Journalières.....               | 13       |
| Couturières.....                | 9        |
| Lingères.....                   | 2        |
| Blanchisseuses.....             | 3        |
| Fleuriste 1, teinturière 1..... | 2        |
| Domestique.....                 | 1        |
| Cuisinière.....                 | 1        |
| Commerce.....                   | 4        |
| Sage-femme.....                 | 1        |
| Danseuse.....                   | 1        |
|                                 | <hr/> 54 |

Nous pouvons mettre en regard de ce tableau un relevé concernant les 67 hommes paralytiques de la clinique de Sainte-Anne : 33 sont des employés, des hommes de lettres, etc, 34 exercent des métiers divers ; mais les uns exposent à l'intoxication, les autres fatiguent presque autant l'intelligence que le corps. (horlogers, mécaniciens, tapis- siers, etc), I .....

Nous avons cherché également à nous rendre compte de l'influence que pouvait exercer sur le développement de la paralysie générale le mariage, c'est-à-dire une situa- tion définie légalement et régulière. Nous ne possédons à ce point de vue qu'un nombre assez restreint de documents.

C'est d'abord une statistique anglaise, provenant du Blue Book pour 1879 (32<sup>e</sup> rapport, tableau XVI, p. 32-33); sur 1221 paralytiques généraux admis dans les asiles de l'Angleterre et du pays de Galles, en 1876, on a trouvé :

|                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| Célibataires.....       | 213 ou 17,3 0/0 |
| Mariés.....             | 890 » 72,9 0/0  |
| Veufs.....              | 103 » 8,0 0/0   |
| Etat civil inconnu..... | 15 » »          |

A ce relevé nous pouvons joindre celui de l'asile Saint-Yon. Sur 22 femmes paralytiques, il y a :

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Mariées.....            | 8 |
| Célibataires.....       | 7 |
| Veuves.....             | 2 |
| Etat civil inconnu..... | 5 |

Une des femmes de l'asile de Blois, est mariée, l'autre célibataire.

Une des femmes d'Ivry est mariée; l'autre est une fille entretenue. Enfin le relevé de nos observations de la clinique de Sainte-Anne nous donne ;

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Mariées.....            | 15 |
| Célibataires.....       | 3  |
| Veuves.....             | 1  |
| Etat civil inconnu..... | 1  |

La proportion des femmes mariées est de 54,7 0/0 ;

Celle de célibataires étant 23,8 0/0.

Nous trouvons donc parmi nos femmes un nombre assez grand de célibataires, ce qui est d'accord avec l'opinion de la plupart des auteurs.

Sur les 15 femmes mariées, une l'a été trois fois (obs. 7), 2 autres deux fois ; une de ces dernières n'a pas eu d'enfants, 5 mariées une fois n'en ont pas, les autres 5 n'en ont qu'un, 2 en ont 5, c'est le chiffre maximum. Il est de beaucoup dépassé chez quelques malades, de Sander (11 en-

fants dans un cas). Enfin, deux célibataires sont des filles-mères.

Nous pouvons en conclure que la proportion des paralytiques est plus grande parmi les gens mariés que parmi les célibataires d'une part et, d'autre part que les accouchements n'ont dû jouer (parmi nos malades, bien entendu) qu'un rôle très effacé dans la production de la paralysie générale.

La question de l'influence de la race n'est pas bien éclaircie. D'après Calmeil, le nombre des paralytiques généraux des deux sexes est très petit dans les contrées méridionales.

Nous ne possédons pas les documents nécessaires pour trancher la question.

Pour les races septentrionales, nous joignons aux documents de provenance française et allemande le relevé suivant, donnant la proportion des paralytiques généraux des deux sexes, par rapport aux autres aliénés en Angleterre et aux Etats-Unis

|                 |         |          |         |         |
|-----------------|---------|----------|---------|---------|
| Angleterre..... | Hommes. | 14,1 0/0 | Femmes. | 3,2 0/0 |
| Etats-Unis..... | »       | 4,1 0/0  | »       | 0,4 0/0 |

Cette statistique semblerait indiquer que la maladie est encore en voie de développement aux Etats-Unis. D'autre part, on sait que l'Irlande en est tout à fait exempte.

Nous avons vu que le nombre des femmes atteintes de la paralysie générale est plus considérable dans la classe moyenne et élevée; nous avons vu d'autre part, que la population des villes paraît être plus exposée à l'affection que celle des campagnes. Enfin, le nombre des célibataires est

proportionnellement plus considérable parmi les paralytiques du sexe féminin que parmi ceux de l'autre sexe.

Rien de tout cela n'a échappé à ceux qui se sont occupés de la question avant nous; et tous, d'un commun accord, ont déclaré que ces différences étaient imputables à la différence du genre de vie des classes pauvres et des classes riches d'un côté, des femmes de la campagne et des femmes de villes d'un autre côté. En effet, *a priori*, il est évident que les femmes des classes riches ont moins de soucis, on dirait aussi qu'elles ont moins de penchants vicieux ou plutôt moins d'occasion de s'y livrer — ce qui n'est pas tout à fait exact, comme M. Régis l'a fait remarquer. La femme de la campagne a une existence moins agitée; ce qui revient à attribuer l'inégalité de répartition de la paralysie générale à deux facteurs principaux — la *débauche* et la *misère* ou, si l'on veut à la « lutte pour l'existence ».

L'influence de la débauche sur la production de la paralysie générale nous paraît mériter d'être examinée avec soin.

En effet, depuis Neumann qui, avec sa tendance habituelle à forcer les choses, en fait la cause unique de la maladie, jusqu'à Sander et Kraft-Ebing, etc., qui lui attribuent une place importante dans l'étiologie, tout le monde s'accorde à lui faire jouer un rôle.

Et d'abord, que doit-on entendre par ce mot débauche? Est-ce l'abus des jouissances sexuelles? Est-ce l'alcoolisme? est-ce un mélange des deux?

Kraft-Ebing croit que l'un ne va pas sans l'autre. Il est certain que chez les prostituées, c'est-à-dire dans la catégorie de femmes qui est censée fournir le plus fort contingent de paralytiques, tous les deux semblent marcher de

pair. L'examen de nos observations n'est pas de nature à contredire son opinion.

La statistique de Sander mentionne 9 fois les excès de toute nature comme cause de la maladie. Celle de Kraft-Ebing les mentionne 26 fois, avec cette note caractéristique « Bacchus et Vénus ».

A l'asile de Saint-Yon on les retrouve 10 fois dans les antécédents des malades ; à Pau, 2 fois ; à Sainte-Anne, 4 fois. D'autre part, nous ne trouvons la prostitution explicitement mentionnée que 3 fois (Stat. de Saint-Yon). L'alcoolisme isolé n'est pas signalé par les auteurs allemands. A Pau, nous le trouvons indiqué 2 fois ; A Saint-Yon, 1 fois et dans nos observations de la clinique de Sainte-Anne, 4 fois.

C'est une faible proportion qui nous porterait déjà à faire nos réserves, et nous rappellerons ici l'opinion de notre maître, M. Ball, qui dit « qu'en Irlande, où il y a plus d'alcooliques qu'ailleurs, pourtant la paralysie générale est inconnue. »

Un des auteurs qui s'est occupé le plus de l'alcoolisme, M. Lancereaux, met fortement en doute son influence sur la production de la paralysie générale.

Mais l'examen de nos observations personnelles nous impose une circonspection bien plus grande encore. Une seule mentionne clairement les excès génésiques et alcooliques.

C'est l'observation n° 6 ; mais de celle-ci nous ne pouvons rien conclure, attendu que l'intoxication nicotinique est probable chez elle et que le rôle de cette intoxication est, comme nous le verrons plus loin, actuellement établi. Le n° 4 aurait fait, paraît-il, quelques excès de boisson ; mais on ne sait depuis quand. Le n° 3, qui était très sobre

auparavant, a fait des excès de boisson avant son entrée à l'asile, quand la maladie, existait déjà. Pour le n° 10, l'alcoolisme est extrêmement douteux. Voilà donc une première série des faits où rien n'établit d'une manière nette le rôle des excès alcooliques. Voici maintenant une observation où les excès vénériens se développent manifestement sous l'influence de la maladie. Le n° 19 se montrait très indifférente au point de vue sexuel :

Mais dans les derniers temps, dit son mari, elle était devenue tellement exigeante sur ce point qu'il « avait dû se brouiller avec elle. »

La conclusion de tout cela, c'est que les rapports qui relient les excès vénériens et alcooliques et la paralysie générale sont complexes et difficiles à mettre en lumière. Où est la cause ? où est l'effet ? S'il nous était permis de nous hasarder un peu, nous dirions que sans nier tout à fait le rôle étiologique des dérèglements ; nous croyons qu'on a singulièrement exagéré leur importance dans la paralysie générale, et, pour dire toute notre pensée, nous estimons que dans bien des cas, les penchants vicieux sont des symptômes de l'affection, au même titre que la tendance au vol signalée chez plusieurs de nos malades.

Les causes extérieures paraissent avoir peu d'action chez les paralytiques femmes. Cela tient sans doute à ce que leurs professions plus sédentaires les exposent moins aux accidents.

Sander attribue la maladie au traumatisme 24 fois pour les hommes et 4 fois chez les femmes. Kraft-Ebing en rapporte 6 cas chez les hommes et 1 cas chez la femme. Les autres statistiques sont muettes à cet égard.

La syphilis est indiquée une fois par Sander sans ren-

seignements sur l'état de la maladie; 1<sup>re</sup> fois à Sainte-Anne, et 1 fois à Ivry. Encore pour celles-ci ne mentionne-t-on aucun accident vénérien actuel.

Les maladies aiguës ont été mises en cause par plusieurs auteurs. Sander leur attribue la paralysie générale dans 9 cas chez la femme, et 41 chez l'homme. Chez presque tous ces malades il s'agit de typhus.

Pour les auteurs français, M. Foville entre autres, les affections aiguës peuvent agir soit par épuisement, soit par voie de propagation, par exemple, dans les cas où la paralysie générale succède manifestement à une paralysie diphthéritique. La seule de nos observations où ce genre d'antécédents soit mentionné est l'observation n° 11 où les premiers phénomènes de la maladie paraissent s'être manifestés à la suite d'une angine aiguë.

Quant aux maladies nerveuses, Sander les signale 9 fois et Kraft-Ebing, 6 fois. Nous avons trouvé chez 1 de nos malades des traces d'états nerveux antérieurs, mais nous ne saurions déterminer exactement la part qui doit leur être faite.

L'influence des causes morales est acceptée par tout le monde. Toutefois elles semblent être d'ordre différent pour les deux sexes. Chez l'homme, ce sont plutôt les soucis de l'avenir, les pertes d'argent; chez la femme, la frayeur, les chagrins, etc. Les statistiques que nous avons sous les yeux sont assez explicites sur ce point. Sander trouve comme cause de l'affection des « chocs moraux, pertes d'argent » 11 fois chez l'homme et 4 fois chez la femme.

Kraft-Ebing trouve 25 fois la paralysie générale de cause morale chez la femme, et 7 fois chez l'homme sur un même nombre de cas (80).

A Ivry, les soucis de famille sont mentionnés 1 fois sur Colovitch.

2 femmes. A Blois, ce sont « les soucis d'un commerce important ».

A Saint-Yon, les causes morales figurent 3 fois sous le titre de chagrins d'amour.

A Sainte-Anne nous les trouvons indiquées dans 4 observations ; 2 fois c'est la peur (viol, incendie), 2 fois c'est le chagrin (abandon par l'amant ou le mari).

De tout ceci résulte que les causes morales ont une influence sérieuse, et qu'autant que nous en pouvons juger elles interviennent plus activement chez la femme, ce qui est en rapport avec ce que nous savons de sa plus grande impressionnabilité.

Il nous reste à examiner maintenant une catégorie de causes dont l'action, bien que moins évidente que pour le sexe masculin, ne nous paraît cependant pas devoir être négligée. Nous voulons parler des intoxications.

Nous avons dit plus haut ce que nous pensons de l'intoxication alcoolique. Nous n'y reviendrons pas. Pour le saturnisme indiqué par Devouges, nous n'en avons pas trouvé trace.

L'intoxication par l'oxyde de carbone, à laquelle Sander attribue la fréquence de la paralysie générale chez les cuisinières (fréquence que pour notre compte nous n'avons pas constatée en France), n'a joué aucun rôle chez nos malades, sauf peut-être dans l'observation 20.

L'intoxication par le tabac nous paraît plus importante, nous la trouvons mentionnée 2 fois (obs. 6, 7), et 1 fois dans la statistique de Kraft-Ebing.

Nous possédons de ce dernier auteur une observation intéressante que nous reproduisons ici.

OBSERVATION de Kraft Ebing (Lehrb. d. psychiatr., t. III. p. 164-176)

Démence paralytique chez une femme. — La seule cause évidente a été l'abus du tabac.

S..., 34 ans, non mariée, fille d'un invalide; admise à la clinique psychiatrique, le 11 mars 1878. La patiente n'offre pas de prédisposition héréditaire. Jamais elle n'a été malade, à l'exception d'une péritonite traumatique, survenue à l'âge de 8 ans. Elle n'a jamais eu d'enfants. Pas de syphilis, pas de blessure à la tête; menstruation régulière.

La seule cause possible de sa maladie, est son habitude de fumer outre mesure.

Depuis l'âge de 12 ans, elle a fumé beaucoup, et notamment le cigares les plus forts; presque toujours des « Virginiens » ordinaires. Elle en fumait jusqu'à 5 par jour.

Pendant les deux dernières années, elle avait une mauvaise nourriture, cependant elle s'adonna à sa passion comme auparavant. Il en résulta, à ce qu'il paraît, dix mois seulement avant l'admission, une « faiblesse des nerfs. »

La malade devint tremblante, eut des « vertiges qui remontaient vers la tête » de la névralgie intercostale et commença à présenter une légère diminution de l'intelligence et de la mémoire.

Huit mois avant son entrée, elle tomba en montant un escalier, et se contusionna le visage, mais sans perdre connaissance.

Depuis, on a constaté des phénomènes fréquents de congestion, de la céphalalgie frontale, de l'affaiblissement croissant de la mémoire, une diminution de l'intelligence, un état d'irritabilité. Le langage est devenu incertain, bégayant, la marche raide, sans souplesse, mal assurée. La malade est incapable de se livrer aux travaux manuels dont elle avait l'habitude.

Lors de l'admission, on note un grand trouble de conscience, un état dément avancé, une conduite enfantine et gaie avec des traces d'érotisme (elle veut se marier.)

La malade est maigre et anémique. Pas de traces de traumatisme crânien, tremblement énorme de la langue et des muscles de la face;

légère trémulation des doigts. La pupille gauche, est plus large de moitié. Le langage est troublé à un haut degré, il y a du bégaiement. Marche tremblante et incertaine. Pouls excessivement ralenti. Nulle trace de lues (syphilis.)

Fonctions végétatives normales. Utérus antéfléchi. Nombreux points intercostaux et points vertébraux très douloureux, sensibles même à une légère pression.

La malade présente les jours suivants, des idées de grandeur, mais elles font rapidement place à la démence. Elle a 100 millions de fortune, un palais dans la rue\*\*\*, elle va se promener avec 20 lions et éléphants. On doit se découvrir devant elle, comme devant la principale de l'ordre des sœurs. Elle n'est âgée que de 3 ans, possède de magnifiques robes de soie, des chevaux, etc.

On a observé, chez elle, souvent des paralysies des vaisseaux de la face. Le 23 et 28 mars, crampes générales, avec des cris et des exclamations d'effroi, mais sans perte de conscience.

Dans la suite, la démence progresse rapidement, aphasie, langage à peine compréhensible, ne se composant que de sons gutturaux, inarticulés, tremblement énorme des lèvres et de la langue, défaut absolu de coordination.

En novembre 1878, état d'irritation peureuse, durant plusieurs jours, elle pousse des rugissements inarticulés et se frappe la tête contre les murs. Jamais de fièvre. Au mois de juin 1879, phénomènes de marasme et de décubitus rapidement croissants. Le 24 juillet, collapsus, mort.

*Autopsie*, faite 14 heures après la mort.

Crâne sain, frontal épais. Dure-mère sans adhérence. Pie-mère le long des grands vaisseaux et ailleurs troublée, par places laiteuse et épaissie, œdémateuse, ne contenant que peu de sang.

Les lobes frontaux sont atrophiés, distants de 0,02 de la calotte crânienne, d'une consistance dure peu habituelle, surtout du côté gauche. Substance corticale très amincie, décolorée, à moitié diaphane. La substance médullaire se raccornit, elle est œdémateuse et exsangue. Ventricules élargis, épendyme dur, sans granulations. Cœur petit, myocarde pâle, pigmenté, foie brunâtre, atrophié. Rate agrandie et dure.

En résumé, nous pouvons dire que la paralysie générale est, comme l'ont déjà dit Kraft-Ebing et Sander, un résultat de l'épuisement du système nerveux ou de sa débilité.

En effet, toutes les causes dont l'influence est démontrée (hérédité, chocs moraux, intoxications), épuisent profondément le système nerveux, et leur action paraît plus énergique dans le sexe féminin. A l'homme appartient la paralysie générale causée par les excès intellectuels, les accidents professionnels ; à la femme reviennent plutôt la paralysie engendrée par la misère, le chagrin, la frayeur, etc. Ces causes agissent aussi chez l'homme, mais son système nerveux, moins impressionnable, y résiste plus aisément. Nous pouvons ajouter que d'après l'opinion généralement reçue, beaucoup d'états semblables à la paralysie générale, et placés sous l'influence de la syphilis et de diverses intoxications, ne sont que de pseudo-paralysies, de telle sorte que M. le professeur Ball a pu dire que la vraie paralysie générale n'a pas de causes extérieures.

### SYMPTOMATOLOGIE.

La symptomatologie de la paralysie générale chez la femme diffère notablement par certains côtés de ce que nous observons chez l'homme. C'est l'opinion de la majorité des auteurs. Peut-être a-t-on un peu exagéré cette différence (Kornfeld).

Nous abordons cette partie de notre travail avec un certain nombre de documents puisés aux mêmes sources que

pour l'étiologie, c'est-à-dire que les uns proviennent des auteurs, tandis que les autres sont le résultat de nos recherches personnelles.

Pour plus de netteté, nous examinerons d'abord les symptômes de l'affection d'une manière analytique, et nous ne tenterons leur synthèse que dans le chapitre suivant.

Les symptômes de la paralysie générale peuvent être répartis en deux groupes primordiaux :

1° Les symptômes psychiques,

2° Les symptômes physiques.

Les symptômes psychiques peuvent eux-mêmes se subdiviser, suivant le degré d'abaissement dans lequel l'intelligence est tombée.

a). Dans une première catégorie de malades, l'idéation est troublée, il y a des conceptions délirantes gaies ou tristes. Les uns parlent avec emphase d'eux-mêmes, de leur fortune, de leur rang. Les autres ne parlent que de leurs souffrances, de l'état déplorable où ils sont réduits ; ou ils se croient poursuivis, menacés ; ou, enfin, ils voient des objets agréables ou effrayants, entendent des voix, respirent des odeurs.

De là, quatre sortes de phénomènes à étudier : le délire de grandeurs, le délire hypochondriaque, le délire de persécution, et enfin nous dirons quelques mots des hallucinations.

b). Dans une deuxième classe de malades, l'idéation n'offre pas de troubles nettement déterminés. Il n'y a pas de délire spécial. Quelques-uns sont gais, contents, trop contents même (Foville), *expansifs*. Les autres sont tristes, silencieux, abattus, *déprimés*. Chez certains, on observe des accès de fureur ou des périodes de tristesse sans motif,

ou encore une tendance niaise à s'emparer de tout ce qui leur tombe sous la main.

c). Dans une dernière classe enfin, on peut ranger les malades chez qui l'on ne peut découvrir ni délire spécial, ni tendance persistante et déterminée à l'expression d'aucun sentiment. Ceux-là exagèrent encore la niaiserie et l'incohérence, déjà sensibles chez les autres : tous ou presque tous en arrivent à cet état d'affaissement intellectuel qui caractérise la *démence* ; mais il est, suivant les cas, plus ou moins prononcé, plus ou moins précoce.

Des divisions analogues peuvent être établies pour les symptômes physiques.

En première ligne, viennent les symptômes présentés par l'appareil moteur : tremblements, incertitude des mouvements, mâchonnement, grincement des dents, embarras de la parole, etc. Ce sont de beaucoup les plus importants, parce que ce sont ceux qui impriment à l'affection sa physiologie spéciale et caractéristique.

Au second rang, se placent les troubles de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale, abstraction faite dans ce dernier cas des hallucinations, qui sont avant tout un phénomène d'ordre psychique.

En troisième lieu, nous trouvons les perturbations que peuvent subir les organes et les fonctions de la vie végétative : digestion, circulation, respiration, appareil génito-urinaire, etc.

Enfin, on peut rattacher aux signes physiques les phénomènes complexes offerts par les attaques apoplectiformes et épileptiformes qui entraînent à la fois des désordres des facultés intellectuelles et des troubles de la motilité, de la sensibilité, etc.

SYMPTOMES PSYCHIQUES.

Nous tenons à le dire dès le début, la classification que nous avons indiquée plus haut est surtout destinée à faciliter l'exposition méthodique des faits. Appliquée à l'homme, elle est déjà un peu artificielle. Quand il s'agit de la femme, elle ne représente plus qu'un moyen d'analyse. Il ne faudrait pas en conclure qu'il y a certaines paralytiques exclusivement démentes, d'autres exclusivement délirantes dans un sens quelconque. Toutes ou presque toutes les variétés de troubles psychiques que nous avons énumérées peuvent se rencontrer chez le même individu, et alterner entre elles. Sans doute, dans l'histoire d'une même malade, on peut discerner souvent un symptôme prédominant : on n'en voit pas d'exclusif. D'autre part, les conceptions délirantes des paralytiques généraux n'ont rien de systématique ; cette remarque, faite depuis longtemps pour l'homme, est encore plus nécessaire quand il s'agit de la femme.

En admettant que dans un cas donné ces conceptions tournent dans le même cercle, leurs détails se modifient et elles changent à chaque instant d'objet : elles portent avec elles un cachet de puérilité et d'incohérence manifestes, et il semble que l'ataxie des mouvements soit représentée jusqu'à un certain point dans la sphère intellectuelle par l'ataxie de l'idéation. Cela posé, et sans préjudice de ce que nous devons en dire par la suite, passons à l'analyse des symptômes.

a.) *Délire de grandeurs.* — Nous commençons l'étude des délires de la paralysie générale par le délire de grandeur, à cause de sa fréquence, des discussions qu'a soulevées la question de son existence chez la femme, et aussi à cause de son intérêt historique. On sait, en effet, que Bayle en avait fait le signe nécessaire et pathognomonique de la paralysie générale.

Chez l'homme, on sait ce qu'il est. Un homme qui a travaillé pendant de longues années pour sortir d'une situation trop humble pour ses goûts et ses aspirations, un ambitieux déçu, un chercheur fatigué par des excès de travail, se croient arrivés au comble de leurs vœux. Ils sont riches, très riches, millionnaires; ils ont des chevaux, des voitures, des palais, des gardes; ils sont rois, empereurs, dieu.

A chaque instant, ils parlent de leur grandeur et de leur talent; l'un est un chanteur excellent, l'autre un acteur hors ligne; celui-ci un général éminent, celui-là un prince du sang. Ce serait de la mégalomanie, n'était l'incohérence des idées et la puérilité de certains détails, qui est en opposition avec l'ampleur majestueuse du reste. Tel malade, par exemple, sera en même temps prince et cordonnier, et l'absurdité d'un pareil assemblage ne le frappera nullement. Le plus ordinairement ces niaiseries sont débitées avec un choix d'expressions tout à fait extraordinaires. Toutes les hyperboles, toutes les métaphores sont bonnes pour exprimer les idées; ce n'est pas assez de se dire riche, il faut remuer des millions, des milliards.

En est-il de même chez la femme? Kornfeld est allé bien

loin en niant la possibilité des idées de grandeur chez elle. Sander a une notion plus vraie de la réalité ; il admet l'existence de délire des grandeurs dans le sexe féminin, en faisant remarquer toutefois qu'il outre les côtés puérils du délire de l'homme, ou, pour mieux dire, qu'il ne conserve que ceux-là. C'est aussi l'opinion de M. Régis, et nos observations nous conduiraient à la même conclusion.

Jung, au contraire, rapporte dans son travail des observations où le délire affecte les mêmes allures grandioses que chez l'homme. Nous sommes donc en présence d'opinions opposées que nous ne pouvons accepter ou rejeter qu'après un examen attentif des faits.

Deux points s'imposent à l'étude : 1° la fréquence du délire chez la femme ; 2° la forme qu'il prend le plus ordinairement chez elle.

*Fréquence.* — Si nous consultons les statistiques, elles nous donnent les résultats suivants :

Jung, sur 90 cas, a trouvé 38 fois les idées de grandeur comme symptôme prédominant. 7 fois il les a vues plus ou moins nettes et associées à d'autres délires, ce qui donne un total de 45 cas ou 50 0/0.

Sander, sur 45 femmes, a trouvé 35 fois le délire de grandeur pur ou presque pur ; 3 fois il l'a rencontré associé à des manifestations épileptiques, proportion 77 0/0.

Kraft-Ebing, analysant au point de vue des symptômes 30 cas de chaque sexe, a vu la forme classique (dont les idées de grandeur sont un symptôme important) chez 17 femmes, et chez 26 hommes, respectivement 79,8 et

72 0/0. Le relevé de Saint-Yon ne mentionne que deux fois les idées des grandeurs sur 22 cas, soit 9 0/0. A Dijon, on ne les a pas rencontrées chez les femmes. A Pau, 1 femme sur 5 est indiquée comme expansive.

A Ivry, 2 femmes expansives toutes deux.

A Sainte-Anne (clinique), nous avons pu noter, sur 20 malades, 13 fois du délire ambitieux.

Ces relevés nous permettent d'établir un premier fait important : non seulement le délire de grandeur existe chez la femme, mais il y est assez fréquent, puisque sur 238 cas nous le trouvons mentionné 134 fois, soit 57 0/0.

Mais c'est là un résultat brut, et pour lui donner toute sa valeur, il faut le soumettre à la critique, et nous devons nous demander maintenant si l'analogie des deux sexes se poursuit jusque dans les caractères intimes du symptôme.

*Forme.* — Sander a proposé une espèce de classification en voulant distinguer certains degrés dans les idées ambitieuses. Il en reconnaît cinq variétés principales :

1° Idées de bien-être extérieur (bien boire, bien manger, etc.) ;

2° Idées orgueilleuses ;

3° Possession de beaucoup d'argent, richesse ;

4° Idées en rapport avec la vie sexuelle : mariages avantageux, rapports sexuels avec une foule d'hommes, organes génitaux en or, etc. ;

5° Idées religieuses : commerce avec Dieu, les saints, etc.

Jung rapporte tout au long les observations de plusieurs malades qui offraient du délire de grandeur ; mais ce délire ne ressemble nullement à celui que nous avons ren-

contré. La paralysie générale classique décrite chez l'homme n'a rien à envier aux conceptions outrées que Jung a observé chez ses malades. Honneurs, fortune, beauté, elles possèdent tout. « Elle nage dans la pensée de ses richesses infinies », dit-il, en parlant d'une de ses paralytiques. Le délire qu'il a vu chez elles est beaucoup moins incohérent que ne l'avait dit Sander. Les idées sont assez suivies, et on y voit les mêmes traces de suractivité intellectuelle que chez les paralytiques hommes les mieux partagés sous ce rapport.

M. Régis, dans la leçon qu'il a faite à l'asile Sainte-Anne, fait ressortir un caractère particulier du délire de grandeur chez la femme. C'est presque toujours sur des besoins et des sensations de la vie journalière qu'il s'exerce. Tandis que l'homme distribue places, argent, décorations, titres; la femme, tout en conservant la générosité qui existe à peu près chez tous les paralytiques, tout en prodiguant aussi les cadeaux, s'en tient aux cadeaux utiles. Elle offre des bijoux, mais des bijoux usuels : montres, chaînes, toilettes, provisions de ménage et apporte même une certaine mesquinerie dans ses dons. Enfin, chez plusieurs, c'est presque le délire professionnel (habileté extraordinaire au travail, clientèle riche, etc.)

L'examen de nos observations démontre de la manière la plus éclatante la vérité de cette opinion. Mais il nous révèle aussi un autre fait très important. Nous trouvons partout à un degré évident, non seulement la platitude et la niaiserie du délire, mais encore, dans aucun cas, nous ne l'avons observé à l'état pur. Partout il est mélangé à d'autres désordres psychiques, associé ici à des idées hypochondriaques, là à des actes maniaques incohérents; on

ne voit pas trop ce qui prédomine, et le seul caractère appréciable est l'effacement commun à toutes ces conceptions. On s'en rendra facilement compte en étudiant nos malades.

C'est chez la femme qui fait le sujet de notre observation VI, que nous avons trouvé le délire de grandeurs le plus suivi. Cette malade était un peu au-dessus des autres par son éducation ; c'est une sage-femme et cependant son délire n'a rien de bien relevé.

Il se réduit à se dire d'une famille honorable et riche, à se croire la maîtresse d'un officier supérieur de la marine. Elle est très habile accoucheuse ; ses clientes sont nombreuses et « il y en a trois qui sont en train de beugler!! »

Dans l'observation n° 7 le délire est absurde, mobile, plein de contradiction ; en outre il est associé à des idées vagues de mélancolie. Elle est reine et habite en même temps au Louvre et rue Sedaine. Bien qu'elle n'ait jamais été mariée, elle a « eu trois maris », le premier était le duc d'Enghien, le second le duc de Berry, le troisième « je ne me rappelle plus », le quatrième, un caissier de banque ». Au début de sa maladie elle achetait une foule de choses inutiles, disait avoir deux millions placés, se promenait à moitié nue, etc.

Le malade n° 8 a des idées de richesses mêlées à des idées hypocondriaques ridicules. Elle parle de donner de l'or. Elle a une fortune considérable, mais elle n'en sait pas le chiffre. En arrivant à l'asile, avec une petite contusion de la face, elle a demandé un « cataplasme en or ». « Nous ne croyons pas, dit M. Régis, qu'un homme pousse la stupidité aussi loin. »

La femme de l'observation n° 4, présente un véritable

fouillis de symptômes, au milieu desquels se détachent quelques idées de grandeur. Cette observation est intéressante, parce que le délire ambitieux, qui n'est au début qu'à l'état de traces, se prononce de jour en jour en même temps qu'il augmente d'ampleur. Au moment de son entrée à l'asile, elle n'avait qu'une fortune bien modeste, mais peu de temps après, elle a commencé à parler de millions ; tout cela pêle-mêle avec des idées mélancoliques.

Dans l'observation n° 5, ce sont les idées hypochondriaques qui prédominent ; cependant on y relève quelques vestiges d'idées orgueilleuses. La malade parle volontiers de sa beauté et se montre très sensible aux compliments qu'on lui fait. Il en est à peu près de même pour le n° 3, mais ici la malade se croit riche, et dans l'intervalle de ses accès d'hypochondrie, elle parle d'une fortune de 50,000 fr.

La femme de l'observation n° 4, a eu des idées ambitieuses dès les premiers temps de sa maladie. Elle se croyait médecin et guérissait tout le monde. Elle a une grande fortune. En même temps, elle a des idées hypochondriaques.

Les observations n° 1 et 11, sont en complet accord avec la description de M. Régis citée plus haut. Dans la première, la malade possède des bijoux, des toilettes : elle promet des chaînes de montre, mais par-dessus tout elle fait l'éloge de son mari. « Il est très gentil et gagne beaucoup d'argent, et je l'aime bien ». La seconde nous fournit un spécimen des plus nets de la mesquinerie du délire chez la femme. La malade parle constamment de sa noce, et s'étend avec complaisance sur tout ce qui s'y est passé. « On a bu trois litres de vin ; la femme de B... (elle-même) était belle, elle

avait de gros nénais; elle avait des bottines de chevreau. B... avait un foulard de trois francs. » Elle veut sortir pour « aller coucher avec B... dans un beau lit en acajou avec une table de nuit fermée à clé ». Tout cela représente évidemment pour elle le comble de la félicité et de la richesse.

Pour terminer cette revue d'observations qui offrent des traces d'idées de grandeur nous en mentionnerons encore deux. L'incohérence est aussi marquée que possible.

Pour le n° 20 : « J'ai 20,000 fr. de rente; j'ai une mémoire très longue. J'ai mes parents qui sont à Paris; nous allons chez mon oncle en bateau ».

Enfin, la malade de l'obs. 15 a présenté des idées de grandeur au début de sa maladie; une rémission est survenue à la suite de laquelle les idées hypochondriaques sont devenues prédominantes.

On voit que nulle part nous ne trouvons trace de ces délires brillants observés par Jung. Soit hasard, soit question de race, le délire des femmes qu'il a citées diffère à peine de celui des hommes et il est infiniment probable que cette série constitue une exception; c'est notre conviction intime, et tout le monde la partagera en examinant nos observations.

6. *Délire hypochondriaque* : La forme hypochondriaque du délire s'observe chez la femme et elle est aussi accentuée chez elle, que le délire de grandeur chez l'homme. Cependant, tout en se présentant d'une façon peut-être plus nette et plus continue que les idées de grandeur, elle offre encore ce caractère d'incohérence et de niaiserie que nous avons signalé à propos du délire précédent. De même que pour ce délire, nous avons cité comme ayant des idées de gran-

deur, les femmes chez qui ces idées paraissaient prédominer, de même ici nous ne mentionnerons que les cas d'hypochondrie les plus nets. On y trouvera néanmoins le mélange que nous avons signalé plus haut.

Nous ne trouvons pas la forme hypochondriaque mentionnée d'une façon spéciale dans les travaux de Sander et de Jung. Chez les hommes, elle a été signalée par la plupart des auteurs : les malades se plaignent d'être toujours souffrants, ils n'ont plus d'estomac, il y a quelque chose qui leur ronge le cœur, etc. Les idées de nos malades se réduisent à détailler minutieusement des souffrances imaginaires, à réclamer des remèdes, à se croire sous le coup d'une maladie imminente, etc.

Dans une observation (n° 5), ces idées n'existent qu'à l'état de traces : « oreilles bouchées, impossibilité de parler. » Ce sont les idées de richesse qui prédominent. Mais chez le n° 6 elles ont pu être mises plus complètement en évidence.

Dans l'observation 2, on ne les a notées qu'au début de l'affection. Encore, dans ce cas, s'agit-il plutôt d'une tendance à la mélancolie que d'un vrai délire hypochondriaque; et nous n'aurions pas mentionné cette malade, si elle ne persistait à se dire épileptique malgré l'absence avérée de phénomènes épileptiques chez elle, et aussi malgré les renseignements que nous donne sa mère.

La malade de l'obs. n° 13, est une « triste » depuis le début de sa maladie. On parvient de temps à autre à lui faire exprimer une idée vague de satisfaction, mais elle en revient toujours au détail de ses souffrances. Depuis qu'elle est malade, elle est obsédée de l'idée qu'elle a le ver soli-

taire. Elle en a, dit-elle, plein le corps « elle a des boutons dans la tête et voit en blanc horriblement ».

La malade n° 17, passe son temps à se plaindre que tout lui fait mal : le ventre lui fait mal quand elle mange et la toux lui occasionne des secousses horribles. Fait significatif, tous les organes fonctionnent parfaitement, et ses plaintes sont en complet désaccord avec la réalité.

Dans l'observation du n° 20, les idées de grandeur, d'ailleurs des plus incohérentes, prédominent. Quelques idées hypocondriaques viennent s'y ajouter. Mais il s'agit plutôt de la peur de devenir malade que de plaintes véritables.

Lors de son entrée, elle disait avoir une fluxion de poitrine. Un peu plus tard, elle a cessé de s'en plaindre, mais quand on lui en demandait des nouvelles, elle répondait : « je la sens qui vient ».

Enfin, la femme qui fait le sujet de l'obs. n° 9 est un type complet de délire hypocondriaque.

Si l'on peut de temps à autre lui faire exprimer une idée de satisfaction, cet éclair ne dure pas longtemps. Un fait à remarquer, c'est que son délire est un mélange d'hypocondrie et d'idées de grandeur ; celles-ci consistent tout simplement dans une exagération de ses souffrances. « Depuis l'âge de trois ans, dit-elle, elle a le ver solitaire, elle en a rendu 80 mètres. »

Un fait que nous ne pouvons passer sous silence, et auquel nous n'entendons attribuer aucune valeur spéciale vu le petit nombre de cas dont nous disposons, c'est que toutes nos hypocondriaques sont des héréditaires.

En outre, la plupart sont devenues paralytiques à la suite de secousses morales. Peut-être pourrait-on dire que la prédisposition héréditaire les a rendues plus faciles à influencer.....

*Délire de persécution.* — Le délire de persécution, signalé dans plusieurs cas de Jung et de Sander, n'existe que très confusément dans les nôtres. Nous croyons que les rêves effrayants qu'on observe chez quelques-uns de nos malades, peuvent être considérés comme tels. Nous réserverons ce nom aux cas où il existe manifestement de la peur, où la malade se plaint d'être en butte à toute sorte d'attaques et de méchancetés.

Or, ce délire-là, nous ne l'avons trouvé qu'une fois et très faiblement indiqué. Il s'est manifesté au début. La malade se plaignait : on lui jetait des immondices, on la poursuivait, encore ne peut-elle désigner ses ennemis. Il n'y a chez elle qu'une idée excessivement vague.

*Hallucinations.* — Nous pouvons appliquer à ce symptôme ce que nous avons dit pour le délire de persécution. Nous n'entendons pas décrire sous le nom d'hallucination les cauchemars que présentent plusieurs de nos malades. Ces cauchemars sont, si l'on veut, des hallucinations ; mais ils nous paraissent avant tout appartenir à l'alcoolisme. C'est aussi l'opinion de Magnan. Si les hallucinations se montrent au début de la maladie, on peut voir qu'elles coïncident avec des excès alcooliques. En effet, à ce moment les excès de boisson s'exagèrent ou même prennent naissance. On peut, pour s'en convaincre, se reporter à nos observations.

Jung, Sander, rapportent des faits nombreux d'hallucinations gaies ou tristes, tantôt en rapport avec des idées de persécution, tantôt d'ordre sexuel. Des malades se croient violées toutes les nuits ; le matin, elles s'en plaignent amèrement et demandent qu'on leur retire le pénis qui est resté dans leurs organes génitaux. D'autres ont reçu pen-

dant la nuit la visite d'un régiment entier. Plusieurs entendaient des voix ou des bruits, voyaient des formes, des « statures », des anges, des hommes, etc.

Les deux malades de Sioli avaient des hallucinations très nettes de la vue et de l'ouïe. Elles entendaient des voix, apercevaient différents êtres.

Chez aucune de nos malades nous n'avons rencontré l'hallucination psycho-sensorielle à un degré aussi évident. Deux seulement nous ont présenté quelques traces d'illusions des sens, mais assez vagues, et elles se sont produites avant leur entrée à l'asile, c'est-à-dire en dehors de notre observation.

Le n° 5 en a présenté, au dire de son mari. En voyage elle a dit qu'elle voyait un singe, des statues.

Le n° 10 en aurait également présenté, avant son entrée à l'asile. Le premier signe de dérangement d'esprit qu'elle ait donné a consisté à chercher son père mort depuis 17 ans, et à dire qu'elle le voyait et lui parlait.

Nous ne pouvons donc partager l'avis des auteurs que nous avons cités. Nous ne possédons pas assez de documents sur ce point pour nier d'une façon absolue l'existence des hallucinations chez la femme, mais nous ne les avons jamais rencontrées d'une manière positive. M. Régis n'a pas été plus heureux que nous. Dans aucun cas nous n'avons observé ces troubles de l'odorat signalés par M. Voisin comme un symptôme fréquent, et même comme un élément de diagnostic. Nous pensons d'ailleurs que les constatations de ce genre sont très difficiles chez les paralytiques, et qu'il ne faut pas plus croire aux hallucinations qu'ils disent éprouver, qu'aux grandes qualités et aux fortunes colossales qu'ils croient posséder.

Nous avons terminé l'étude des malades qui présentent

des conceptions délirantes plus ou moins nettes. Nous avons maintenant à examiner la seconde catégorie, celle où, sans indication de délire spécial, on englobe les malades des dénominations « d'expansives » ou de « déprimées ». Si nous ne consultations que notre expérience personnelle, nous n'en parlerions pas : nous nous croyons obligé cependant de leur réserver une place, parce que les relevés des différents asiles appliquent ces dénominations aux malades. Nous donnerons tels quels ces relevés ; en faisant toutefois remarquer :

1° Que, d'après l'opinion des auteurs que nous avons cités, les malades dites « expansives » offrent en général des traces plus ou moins nettes d'idées de grandeur ; d'autre part, les idées hypochondriaques et mélancoliques prédominent dans la forme dépressive ;

2° Que parmi nos malades, aucune n'est absolument expansive ou absolument déprimée. Dans tous nos cas, il y a mélange des deux formes en proportion variable, non seulement d'une malade à l'autre, mais aussi pour une malade donnée, selon le moment où on l'examine.

Quant aux actes impulsifs sans délire, tels que penchant au vol, excitation sexuelle, manie d'évasion, les uns portent la trace d'une exagération évidente, qui permet de les assimiler aux idées de grandeur ; les autres, et c'est le plus grand nombre, portent un tel cachet de niaiserie et de stupidité, que leur étude sera mieux placée plus loin.

Il est impossible en effet, de voir un ensemble bien dessiné dans les hurlements et les gestes désordonnés auxquels se livrent parfois certaines paralytiques.

Ce sont de véritables orages sans motif interrompant le calme plat de l'affection. De l'agitation plutôt que de l'ex-

citation, car c'est le côté physique qui est exalté plutôt que l'intelligence.

Voici les relevés dont nous avons parlé plus haut :

|                            | <i>Paralytiques.</i> | <i>Excitées.</i> | <i>Déprimées.</i>          |
|----------------------------|----------------------|------------------|----------------------------|
| Ste-Anne (Bouchereau)..... | 15                   | 1                | 1 avec idées hypoch.       |
| Pau .....                  | 5                    | 1                | (avec la mention : démence |
| Ivry.....                  | 2                    | 2                | » (imminente.)             |
| St-Yon.....                | 22                   | 7                | 7                          |
| Dijon.....                 | 3                    | »                | 1                          |
| Jung.....                  | 90                   | 5                | »                          |

*Démence.* — La démence, dit Calmeil, est « le dernier terme de toutes les affections cérébrales un peu graves...., de toutes les vésanies.... elle ramène l'homme à un état voisin de l'idiotisme ». S'il est une affection qui détermine souvent la démence, c'est la paralysie générale. Tous les paralytiques qui ne meurent pas d'un accident aigu, y tombent fatalement. Mais, tandis que dans la plupart des affections cérébrales, dans les cas de déchéance physique profonde, elle s'établit peu à peu, progressivement, tandis qu'elle manque même dans les premières périodes d'un grand nombre des maladies mentales, elle existe et se révèle à un examen attentif à toutes les phases de la paralysie générale, et même au milieu des conceptions délirantes les plus brillantes. C'est ce qu'on exprime en disant que le délire des paralytiques généraux n'a rien de systématique. Chez l'homme, le plus ordinairement, elle est moins évidente, et le côté grandiose de certains délires en masque en partie l'incohérence.

Mais, chez la femme paralytique, elle se dessine à tous les instants. Chez certaines, elle se montre aussi clairement

au début de l'affection que chez l'homme paralytique malade depuis plusieurs mois.

Dans le sexe masculin, la démence peut être étudiée parmi les terminaisons; s'il s'agit de femme, elle constitue un symptôme important. On a déjà pu le pressentir par ce que nous avons dit des allures du délire. Nous ne croyons pas trop nous avancer, en disant que la femme paralytique est une démente à toutes les périodes de la maladie : elle commence et finit par la démence, qui est toujours plus profonde à un moment donné que chez l'homme arrivé au même point.

La démence s'affirme évidemment autant par les actes que par les paroles. Un acte niais, sans portée, sans cause appréciable, dont le sujet n'a pas de conscience ou dont il n'a qu'une conscience incomplète, est un acte dément. A ce titre, nous pouvons ranger parmi les phénomènes de démence le penchant au vol observé chez plusieurs femmes paralytiques et qui offre tous ces caractères. La manie du vol, telle que nous l'avons vue chez nos femmes, se présente avec des allures de niaiserie et de stupidité qui ne rappellent en rien les véritables tours de force de certains maniaques voleurs, pris dans le nombre des paralytiques généraux.

Chez l'homme, en effet, les actes délictueux qu'on observe souvent au début de l'affection, dans cette phase nommée si justement la période médico-légale, portent la marque d'une excitation intellectuelle; tel malade fera des faux pour une somme considérable; tel autre forcera un coffre-fort ou commettra un délit quelconque, mais presque toujours il aura pris des précautions pour s'assurer le succès; l'acte du vol offrira une certaine suite, et la malade fera preuve d'une remarquable ingéniosité. Ce qui frappe

au contraire, chez la femme, c'est l'incohérence et la sottise de ses vols. Une de nos malades volé un poulet en plein jour, une autre est conduite chez le commissaire de police pour un vol à l'étalage; on la fouille, son panier renfermait toute sorte d'objets: une pantoufle, des pommes de terre, etc. Une autre vole à l'Asile même, deux cochons d'Inde, les enferme dans son lit, et se désespère le lendemain en s'apercevant qu'elle en a étouffé un; une autre fois, c'est une pie qu'elle dérobe et qu'elle enfouit dans sa poche. Il nous serait facile de multiplier les exemples, car sur les 20 femmes que nous avons observées, 8 ont présenté les mêmes tendances.

On voit qu'il y a loin de ces actes idiots, commis sans la moindre précaution, en pleine rue, à ceux que commettent quelques paralytiques du sexe masculin; le nom de période médico-légale, qui convient si bien à cette phase de l'affection, perd de sa justesse quand on veut l'appliquer à la femme, car la niaiserie de la paralytique femme voleuse saute pour ainsi dire aux yeux des gens les moins compétents. Ce qu'on est porté à réclamer pour elle, ce n'est pas l'emprisonnement, c'est l'internement dans un asile.

Ce qui est vrai pour la « cleptomanie », l'est également pour les accès de fureur ou de tristesse, les périodes d'agitation et de cris. Tout cela vient sans raison bien saisissable et s'en va de même.

Telle malade cherche à s'évader par la fenêtre de l'Asile en plein jour, et se prépare à enjamber les barrières au milieu des gens de service. Telle autre crie, hurle, déchire ses vêtements, brise tout ce qu'elle a sous la main, et se calme quelques instants après. Une autre se déshabille, exhibe « d'une façon toute platonique (Régis) ses organes génitaux. » Dans tout cela, pas trace de suite, pas d'im-

pulsion dans un sens nettement déterminé. C'est simplement une démente qui divague en actions comme en paroles.

Ce caractère d'incohérence envahit même les actes ordinaires de la vie. Il n'est peut-être pas une de nos malades qui ne soit arrivée à l'asile avec la mention « affaiblissement intellectuel », la mémoire est affaiblie ou totalement perdue; l'une ignore son âge, ne peut pas dire l'année de sa naissance; une autre, devenue paralytique vraisemblablement à la suite de chagrins dans lesquels son mari avait joué un rôle actif, a oublié totalement qu'elle a été mariée; une troisième est arrêtée à l'École Militaire, errant dans les cours et cherchant son mari qui n'a jamais rien eu à faire en cet endroit. Celle de l'obs. X vient à Paris pour chercher son père qui est mort depuis quatorze ans. L'observation XIV renferme à cet égard des renseignements curieux, fournis par la mère de la malade. Très bonne ménagère jusque-là, elle était devenue maladroite et oublieuse, au point de ne plus savoir faire son dîner; voulait-elle allumer du feu, elle essayait de faire flamber le coke avec des allumettes, et en brûlait des quantités sans même soupçonner qu'on dût s'y prendre autrement. La même malade, au moment de faire son lit, prend les draps et les couvertures et se promène avec dans les rues de la localité. Elle erre sans but pendant une heure, et rentre sans savoir où elle a été. Une autre va faire un voyage, oublie sa malle, perd en route la plupart de ses effets, et ne sait où elle veut aller. Si nous voulions citer tous les faits de ce genre, il nous faudrait passer en revue toutes nos observations.

Comme nous le disions en faisant l'étude des délires, on retrouve partout cette incohérence dans les idées, cette

puérilité dans les actes qui impriment une physionomie si spéciale à la paralysie générale dans le sexe féminin. Même chez celles qui offrent les idées délirantes les plus nettes, — idées hypochondriaques ou idées de grandeur, — ces idées sont incohérentes. « J'ai une mémoire qui est très longue, les yeux qui sont très bons, je suis riche et mes parents sont à Paris. » On peut dire, sans être taxé d'exagération, que, du début à la fin, la paralysie générale de la femme n'est qu'une longue période de démence, avec des épisodes qui sont comme un réveil vague de l'idéation, et dont le nombre va toujours en décroissant au fur et à mesure des progrès de la maladie

Cela existe aussi chez l'homme, mais à un degré bien moindre, et dans la majorité des cas la démence confirmée ne se produit que longtemps après le début des accidents.

Si nous consultons nos statistiques, elles nous donnent un chiffre de 69 démentes sur un total de 238 cas. On pourrait nous objecter que notre série de Sainte-Anne (21 sur 21) est exceptionnelle, mais l'objection perd de sa valeur si l'on réfléchit que les statistiques mentionnent seulement le symptôme le plus visible et n'entrent pas dans le détail. Si, pour toutes les malades mentionnées comme « expansives » ou comme « délirantes », nous possédions des documents aussi détaillés que pour nos 21 femmes de la Clinique, nous sommes certain que le sommaire de l'observation serait invariablement « démence ou affaiblissement intellectuel, avec traces de tel ou tel délire. » Cette conviction sera partagée par tous ceux qui auront pu observer un certain nombre de femmes paralytiques. Si Jung a trouvé parmi ses malades une grande proportion de vraies délirantes, dont les conceptions ambitieuses ne dépare-

raient pas une observation de paralysie générale chez l'homme, on peut en les lisant voir que ces délires brillants ne font que masquer une profonde incohérence. Si nous ajoutons encore qu'il est le seul à avoir vu cette magnificence de délire chez la femme, on comprendra que nous ayons pu considérer comme exceptionnelle et même unique la série de malades qu'il a eu sous les yeux.

#### SYMPTÔMES PHYSIQUES.

Les symptômes physiques occupent dans la paralysie générale une place très importante, à cause de la physionomie spéciale qu'ils lui impriment et des rapports étroits qu'ils affectent avec les troubles mentaux. Il n'y a pas seulement coïncidence, il y a aussi, comme nous l'avons déjà dit, une frappante analogie entre les deux ordres de phénomènes.

Tout le monde connaît la physionomie si caractéristique des paralytiques généraux. Ils ont une manière à eux de regarder, de rire, et ce n'est pas seulement au tremblement des lèvres qu'ils doivent leur facies particulier ; c'est surtout à l'expression, ou plutôt à l'absence d'expression de la physionomie. Rien chez eux qui rappelle, excepté peut-être dans les moments de grande agitation, le masque furieux ou l'air franchement égaré des vésaniques maniaques. S'il est vrai en général de dire que l'expression des traits du visage est un reflet de l'état intellectuel, cela est exact surtout pour les paralytiques. Ce qui se peint sur leur figure, c'est, suivant les cas, une profonde indifférence, une tristesse hébétée ou un air de contentement stupide. Dans les premiers temps de la maladie, l'une ou l'autre de ces

expressions peut être prépondérante ; plus tard, c'est l'indifférence et la torpeur. Un paralytique a presque toujours l'aspect somnolent, et il n'est pas rare de voir une femme paralytique dormir en mangeant. Si l'on ajoute à cet ensemble un teint terreux, pâle, cachectique avec injection des pommettes, on se fera une idée de la physionomie des malades.

Un fait commun à la plupart des affections cérébrales se retrouve également chez eux ; l'embonpoint se conserve ordinairement très longtemps, pour ne disparaître qu'à une période avancée.

Chez l'homme, on voit assez souvent un symptôme qui ne se rencontre pas chez la femme : c'est le grincement des dents « qui cassent du sucre ». Ce symptôme est remplacé chez la femme par un mouvement presque perpétuel du maxillaire inférieur et des joues, c'est le mâchonnement. Il est assez fréquent et facile à observer, et en même temps si caractéristique, qu'il permet de faire le diagnostic à distance. Tantôt il est inconscient, automatique ; tantôt il a son origine dans une sensation subjective. Une de nos malades mâchonne « parce que les dents lui collent ».

Le tremblement de la langue, des mains et des lèvres, et l'embarras de la parole, l'incertitude de la démarche, tels sont les symptômes offerts par l'appareil locomoteur.

Le tremblement de la paralysie générale est composé de petites secousses fibrillaires, continues, s'exagérant quand le malade veut parler ou exécuter un mouvement compliqué et délicat, mais n'offrant jamais l'extension des oscillations de la sclérose en plaques. Ce sont des petites trémulations irrégulières se succédant sans rythme bien défini, et qui font onduler plutôt que trembler réellement la partie qui en est le siège. Il se montre au début de la ma-

ladie et fait des progrès incessants, et ne devient très intense que dans la dernière période.

Aux lèvres, ce tremblement est ordinairement plus marqué et plus précoce que partout ailleurs, et il forme un des traits caractéristiques du facies. Nous l'avons noté dans toutes nos observations, et nous l'avons nettement constaté dans le cours de la maladie chez des femmes qui n'en avaient pas présenté d'appréciable au début, ce qui du reste est un fait rare.

Dans aucun de nos cas il ne fait défaut, et nous avons le droit de le considérer comme très fréquent, sinon comme existant toujours dans le sexe féminin. Il y a seulement des différences de degré, et si parfois il est à peine sensible, dans d'autres cas il est considérable et saute pour ainsi dire aux yeux.

Il en est de même du tremblement de la langue. Dans les premiers temps, ce sont simplement des petites secousses qui parcourent l'organe; quand on fait tirer la langue de la malade au dehors, on s'aperçoit qu'elle est constamment agitée de petits mouvements, se projette en avant et se rétracte. Plus tard, il peut s'accroître au point de rendre impossible la protraction de l'organe.

On conçoit la gêne qu'il doit apporter à l'émission des sons. Il est aussi fréquent que le tremblement des lèvres.

Les troubles de la phonation prennent tout naturellement place ici. Nous ne voulons parler que de l'embarras et de l'hésitation de la parole, et non pas de l'aphasie. Celle-ci, en effet, a été signalée chez l'homme comme phénomène rare. Nulle part, à notre connaissance, elle n'a été indiquée chez la femme en dehors des attaques congestives.

Aucune de nos malades n'en est atteinte. Quelques-unes

en ont présenté, mais d'une façon passagère et seulement à la suite d'attaques ; nous la laisserons donc de côté.

Quant à l'embarras simple de la parole, il existe dans tous nos cas. Tantôt c'est une hésitation, un état scandé de l'articulation des mots qui, tout en fatigant l'auditeur, lui laisse cependant comprendre ceux-ci sans difficulté ; mais, chez quelques sujets, il est porté au plus haut point, et ce n'est plus alors qu'un bredouillement inintelligible ; où des syllabes mal articulées viennent pour ainsi dire heurter les syllabes précédentes.

Ce n'est pas la pénible hésitation des aphasiques, ce n'est pas non plus le bégaiement ordinaire qui impatiente autant le malade que l'auditeur. Dans les cas légers la parole traîne comme ennuyée et la malade parle à peine, non seulement à cause de la difficulté qu'elle éprouve à articuler, mais aussi parce « ça lui fait de la peine de parler ». Le bégaiement est plus net chez l'homme. Il semble chercher les mots ; la femme parle comme un enfant qui s'essaie.

Le tremblement des mains est presque aussi important que les secousses fibrillaires des lèvres. Il s'exagère à propos de tous les actes un peu délicats, et c'est souvent lui qui attire l'attention en entraînant des actes de maladresse. Il augmente progressivement, et certains malades remuent constamment les doigts.

Chez les agités, l'excitation porte aussi sur le système moteur et on les voit faire des mouvements incessants. « Toute femme agacée se choréifie », dit le professeur Lasègue, et cette tendance est utilisée dans les asiles, où l'on emploie les femmes paralytiques à faire de la charpie (D<sup>r</sup> Régis). Au tremblement des mains sont dus les troubles de l'écriture, si souvent observés chez les paralytiques.

Nous regrettons de ne pouvoir donner ici des *fac-simile* de l'écriture de nos femmes.

Nous avons peu de chose à dire des troubles de la marche. Elle est chancelante, mal assurée, et l'impuissance des membres inférieurs s'accroît avec le progrès de la maladie.

Nous avons tenu, pour être complet, à parler de l'état de la sensibilité. Il serait certainement intéressant de savoir à quoi s'en tenir sur ses lésions. Mais c'est là une chose à peu près impossible, et son exploration ne donne pas de résultats nets chez les malades qui nous occupent. Quelques-unes se plaignent d'avoir trop chaud ou trop froid, mais on ne sait jamais s'il s'agit d'une plainte sans motif, ou d'une sensation erronée.

Quant à la sensibilité tactile, on ne peut obtenir que des renseignements très incomplets et contradictoires.

La sensibilité spéciale est dans le même cas. Nous avons parlé plus haut des hallucinations et des illusions ; et ce que nous en avons dit nous dispense d'y revenir.

Les fonctions végétatives s'accomplissent ordinairement bien. La digestion paraît normale, et l'exagération de l'appétit qui se voit chez quelques femmes relève bien plutôt d'un désordre psychique que d'une lésion des organes digestifs. La circulation nous a paru un peu ralentie ; nous n'avons pas exploré le pouls à l'aide du sphygmographe, mais nous avons tout lieu de le croire normal.

La respiration s'effectue également bien, et si l'appareil pulmonaire devient malade, c'est dans les dernières phases de l'affection, qui ne diffère pas à ce point de vue des autres états pathologiques cérébraux. Pour l'appareil génital nous ne l'avons pas trouvé lésé. Nous ne reviendrons pas sur l'état de la menstruation dont nous avons longue-

ment parlé dans l'étiologie. Quant aux phénomènes d'excitation sexuelle, ce sont des désordres purement psychiques, qui ne dépendent nullement d'un état maladif de l'appareil reproducteur.

Les phénomènes oculo-pupillaires sont un des points importants de l'histoire de la paralysie générale. L'état des pupilles a été noté avec soin dans nos observations, ainsi que dans le relevé de l'asile Saint-Yon et du service de M. Bouchereau.

Presque toujours on trouve du resserrement, mais le plus souvent il y a inégalité.

M. G. Cortyl, qui a examiné à ce point de vue les 22 malades de Saint-Yon a pris la précaution de les comparer toutes à la même heure et dans les mêmes conditions d'éclairage; ce qui permet une appréciation exacte des résultats. Malheureusement il a représenté l'état des pupilles par de petites circonférences tracées à la plume à main levée, ce qui rend la lecture difficile et nous oblige à nous priver de ses renseignements.

Pour les 15 malades de M. Bouchereau, on a trouvé 7 fois la pupille gauche plus large, 7 fois la droite, 1 fois il y avait une cataracte.

Nous avons nous-même examiné nos 21 malades et nous avons pris comme terme de comparaison 21 hommes. Chez les femmes nous avons trouvé une fois les pupilles égales, et extrêmement dilatées (obs. 11). Une fois l'existence d'une pupille artificielle a empêché l'examen. Une fois nous avons noté un resserrement extrême. La pupille droite était plus large dans 3 cas, et la pupille gauche dans 14.

Chez l'homme nous les avons trouvées égales une fois.

Dans 5 cas, la gauche était plus large, et dans 15 autres c'était la droite.

D'après nos observations, l'inégalité pupillaire est un fait ordinaire, et la pupille la plus large serait la droite chez l'homme, la gauche chez la femme. De plus, et sans avoir la prétention de formuler une théorie générale, il nous a paru que la pupille droite était plus souvent dilatée chez les agitées, et la gauche chez les affaissées.

Un fait à l'appui nous est fourni par l'observation n° 24 :

Au début, la malade était calme et avait la pupille gauche plus large ; actuellement elle est excitée, s'agite, crie, veut s'évader ; et c'est la pupille droite qui offre le plus grand diamètre. Pour le n° 4, nous pouvons en dire autant.

Pour terminer la revue des symptômes oculaires, nous en mentionnerons un rare : le nystagmus (obs. 13).

Le dernier symptôme dont nous ayons à nous occuper est la présence des attaques épileptiformes et apoplectiformes.

Chez l'homme, elles sont très fréquentes, les secondes surtout ; et elles tiennent un rang important dans la symptomatologie de la paralysie générale.

Chez la femme, elles sont beaucoup plus rares. Jung et Sander paraissent les avoir rencontrées fréquemment. Kraft-Ebing les a notées 13 fois sur 80 cas. Nous ne les avons observées que chez un petit nombre des malades.

Comme symptôme de début, l'ictus cérébral est infiniment moins commun dans le sexe féminin. Nos observations n'en font mention qu'une fois. Mais comme accident survenant dans le cours de la maladie, les attaques apoplectiformes se rencontrent dans plusieurs cas.

A Saint-Yon, elles ne sont pas expressément indiquées ; le relevé parle seulement, pour quelques femmes de « pous-

5. « séescongestives » survenues à des intervalles variables.  
20. Nous rencontrons des accidents apoplectiformes dans  
6 de nos observations.

Chez la femme de l'observation 1, l'attaque s'est produite 6 mois après l'arrêt de la menstruation, arrêt physiologique, la malade ayant alors 49 ans. Elle a eu de l'aphasie et de l'hémiplégie droite, sans perte de connaissance. Depuis lors elle a éprouvé plusieurs accidents semblables.

Le n° 2 mérite qu'on s'y arrête. En effet, elle offre un spécimen très net d'accidents apoplectiformes développés sous l'influence d'une cessation brusque des règles. A la suite d'un bain froid pris pendant la période menstruelle, elle a été paralysée de tout le côté gauche. La paralysie a guéri au bout de 3 mois. Nous ne pensons pas cependant que cette attaque doive être mise sur le compte de la paralysie générale, attendu qu'il s'est écoulé 14 ans entre l'accident en question et le début appréciable de la maladie.

Dans l'observation 5, il paraît avoir existé quelque chose d'analogue, mais les renseignements sont très incomplets.

La malade de l'observation n° 15, malade depuis plus de 10 ans, n'a présenté d'attaques que dans les derniers temps, et ces attaques n'ont pas aggravé sa situation. La femme de l'observation n° 18, malade depuis 3 ans environ, a commencé à présenter des phénomènes apoplectiques au mois de janvier dernier. Le 25 janvier, elle a eu une attaque avec respiration stertoreuse, température de 40°, paralysie, et elle est morte 7 jours après.

Le n° 20 a eu une attaque 6 mois avant son entrée. Il n'y a eu ni perte de connaissance, ni aphasie, mais seulement

impossibilité de mouvoir les membres. Tout est rentré dans l'ordre assez rapidement; à plusieurs reprises des accidents pareils se sont manifestés, et la gêne des mouvements était surtout marquée pour la langue et le bras droit. Enfin, chez la malade n° 14, il y a eu, au début, des accidents congestifs, consistant en un engourdissement qui lui prenait le bras droit et de là montait à la tête.

On voit que dans tous ces faits, le n° 18 excepté, il s'agit plutôt d'accidents congestifs, d'une intensité assez médiocre, que d'un véritable ictus cérébral. Chez presque toutes nos malades, il n'y pas eu perte complète de connaissance. L'aphasie n'a été bien nette qu'une fois. Enfin, nulle part nous n'avons rencontré de phénomènes convulsifs.

## MARCHE.

*Début.* — Le début de la paralysie générale de la femme est très variable. Il est rare qu'on puisse en préciser exactement l'époque, et en dehors des cas exceptionnels où le premier phénomène est une attaque apoplectiforme, il est souvent difficile de dire au juste où finit l'état normal et où commence la maladie. Chez l'homme, au contraire, elle s'installe généralement d'une façon bruyante, et le début par un ictus cérébral est très fréquent.

Est-il possible en examinant les malades avec soin de prévoir l'éclosion plus ou moins prochaine de l'affection? En d'autres termes, existe-t-il des prodromes? Nous n'hésitons pas à dire : non. Si en effet, on veut appeler de ce nom les premiers phénomènes d'ordre intellectuel ou d'or-

dré physique qui se manifestent, on commet une erreur, car ces phénomènes sont bien réellement des symptômes d'un mal déjà existant. Tout au plus pourrait-on admettre des prodromes dans les cas où la paralysie succède à une autre affection; mais, outre l'extrême rareté de cas pareils, nous ne pensons pas qu'on puisse traiter de prodromes des états pathologiques qui peuvent avoir les conséquences les plus diverses, et qui n'engendrent la paralysie générale qu'une fois par hasard.

Les modes de début sont, nous l'avons dit, très variables, et leur caractère commun est dans leurs allures insidieuses. Sander, qui admet surtout chez l'homme des signes prémonitoires consistant principalement en attaques de congestion cérébrale d'intensité variable, a vu la maladie commencer tantôt par des attaques, tantôt par de simples changements d'humeur ou encore par un affaiblissement de la mémoire, par des actes absurdes ou répréhensibles.

Jung a noté comme phénomènes précurseurs, des attaques répétées d'érysipèle, des poussées de congestion cérébrale, des céphalées violentes, des maladies diverses du tube digestif, mais surtout des changements de caractères et des troubles des mouvements, qui deviennent maladroits, puis le mal entre dans sa période confirmée, et alors ce sont les idées hypochondriaques, mélancoliques, ou autres qui se montrent. Il peut même arriver que le premier symptôme soit une tendance à la mélancolie avec impulsion au suicide, etc., ou une préoccupation exagérée au sujet de la santé.

Pour M. Régis comme pour nous, il y a entre les deux sexes au point de vue du début une différence beaucoup plus considérable que ne le donnent à entendre les auteurs que nous venons de citer.

Une revue de nos observations le démontre d'une manière évidente. Pour toutes ou presque pour toutes nous avons pu nous renseigner assez complètement; et à ce propos nous ferons remarquer, qu'il ne faut pas regarder comme phénomènes initiaux les actes insensés qui ont motivé l'internement des malades. Ces actes appartiennent à une période assez avancée du mal, et se manifestent souvent à une époque très éloignée du début vrai. En effet, on n'enferme les malades, les femmes surtout, que lorsque elles deviennent inquiétantes pour ceux qui les entourent.

Sander a fait aussi cette remarque, il cite des cas où les prodromes que nous rangeons, nous, parmi les symptômes, se sont montrés cinq et six ans avant l'apparition des signes de la maladie confirmée.

Nous avons noté le même fait chez quelques-une de nos paralytiques. Chez presque toutes, l'affection s'est développée sans bruit : Nous n'avons noté *qu'une fois* un véritable ictus cérébral. (obs. 1) et quatre fois des poussées congestives, céphalalgie, étourdissements, engourdissements des membres (obs. 5, 13, 14) 2 fois (obs. 7 et 30) c'est une modification du caractère qui a attiré l'attention, 1 fois (obs. 3) se sont des excès tout à fait anormaux.

Deux malades ont été arrêtées pour vol (n° 4 et 16) mais il est probable qu'elles étaient déjà malades depuis un certain temps. Une fois le premier phénomène observé a été le délire des grandeurs (obs. 6), deux fois ce sont des signes physiques, l'embarras de la parole (obs. 8 et 11); deux fois l'état pathologique s'est révélé par les troubles de la menstruation (obs. 2 et 9); dans quatre cas, la dépression de l'intelligence (obs. 10, 15, 18, 19) a été le fait initial. Enfin le même du début est tout à fait inconnu pour le malade n° 12.

*Evolution.* — La paralysie générale une fois déclarée progresse constamment, et cette progression existe à la fois pour les signes physiques et les signes psychiques. L'adynamie pour les premiers, la démence complète pour les seconds : telles sont les terminaisons fatales ; mais tandis que certains auteurs admettent que les symptômes se succèdent suivant un ordre déterminé, d'autres se refusent à reconnaître cette régularité d'allures.

Sander pense que la maladie évolue en plusieurs stades distincts. Le premier est le stade de mélancolie ; il est assez court et est remplacé à bref délai par des idées de grandeur.

Nous n'avons rien trouvé qui ressemblât à une progression régulière chez nos malades.

Tantôt on a pu observer dans les premiers temps quelques idées de grandeur, tantôt des idées tristes, le plus souvent il n'y avait qu'un mélange incohérent des deux. Chez toutes, le désordre mental va en s'accroissant, mais sans passer par des phases définies.

*Rémissions.* — Chez plusieurs, la marche progressive et continue de l'affection subit un temps d'arrêt. Ce sont les rémissions. Les caractères et les causes probables de ses pauses sont des plus variables. Nous les trouvons indiqués trois fois dans la statistique de Saint-Yon et trois fois dans nos observations, c'est-à-dire 6 fois sur un total de 43 malades.

Pour Saint-Yon les causes ne sont pas indiquées, mais chez nos femmes de la clinique, nous avons pu étudier mieux les faits.

Les rémissions sont notées dans les observations 7, 15 et 16 ; peut-être faudrait-il y joindre l'observation 2.

Dans le premier de ces cas, non seulement la rémission a interrompu pendant de longues années la marche du processus pathologique, mais encore elle en a complètement modifié la physionomie. Enfin, elle est survenue dans des circonstances dignes d'attention.

En 1871, pendant une grossesse, se manifestent les premiers symptômes ; délire de grandeur, achats absurdes. L'accouchement a lieu, et deux mois après les règles repaissent et le délire cesse brusquement; «c'était, dit son père, comme quelqu'un qui se réveille ». Deux ans après, retour de la maladie, cette fois sous forme mélancolique et dépressive, avec des alternances d'excitation (1).

Chez la femme n° 7 il y avait également des idées de grandeur; Vers le sixième mois tous les symptômes se sont amendés. Il n'y a plus eu de délire et le tremblement est très diminué, c'est presque une guérison.

Nous manquons de documents, et nous ne pouvons décider si les rémissions s'observent plus communément dans un sexe que dans l'autre.

Même pour les malades que nous avons eues sous les yeux, il nous serait difficile de dire pourquoi la rémission a pris fin. Nous nous rattacherions volontiers à l'opinion de Baïllarger. Pour lui, la rémission consiste dans la disparition des signes d'excitation, avec persistance plus ou moins complète de l'affaiblissement intellectuel et physique.

De même qu'elle est ralentie par les rémissions, la marche de la maladie peut être précipitée par des accidents intercurrents, qui consistent principalement en poussées congestives, ou même en vraies ictus cérébraux.

Qu'on se reporte à notre observation 18. Même dans les

(1) Jung a observé un fait analogue.

cas où ces accidents ne semblent pas aggraver les symptômes existants, nous croyons néanmoins qu'ils agissent d'une manière défavorable.

Celles de nos malades qui ont eu des poussées de cette nature, sont plus abruties que les autres.

La principale différence entre les cas ordinaires et ceux qui présentent des épisodes d'arrêt ou des causes d'accélération est dans la durée. En effet, il est d'observation vulgaire qu'après la rémission, les troubles reparaissent aussi graves qu'auparavant, et comme s'ils n'avaient pas été modifiés dans l'intervalle.

L'aggravation progresse parallèlement dans l'ordre physique et dans l'ordre intellectuel. L'affaiblissement musculaire et les troubles de la coordination vont s'accroissant : la parole, traînante seulement à l'origine, devient pâteuse, hésitante, inintelligible, la langue ne peut plus être tirée au dehors. Les mains ne peuvent plus rien tenir, les jambes se refusent à supporter le poids du corps. Il vient un moment où la patiente se met au lit pour n'en plus sortir, en même temps l'idéation s'affaïssit de plus en plus. Le délire, s'il y en a eu, disparaît. La femme divague. Quelques accès de fureur bestiale ou de joie idiote se montrent de temps à autre. Mais bientôt il ne reste plus qu'un état d'imbécillité morale et physique connue dans les asiles sous le nom d'état gâteux.

*Terminaison.* — La paralysie générale, nous l'avons dit, aboutit fatalement à la démence et à l'impuissance intellectuelle et physique. Ce qu'on nomme période terminale n'est autre chose que la combinaison de ces deux facteurs :

Troubles plus ou moins brillants de l'idéation, signes

physiques ordinairement peu accentués ; faiblesse croissante de l'entendement, et exagération de désordres moteurs ; démence et état gâteux, souvent accompagnés de phénomènes de décubitus ; tels sont les termes généraux de l'évolution. On les retrouve dans l'immense majorité des cas, mais ils sont parfois très abrégés et ce sont les accidents apoplectiques ou convulsifs, qui donnent ainsi le coup de fouet à la maladie, ou même l'interrompent brusquement.

Chez l'homme, cette intervention d'un accident aigu s'observe fréquemment. Nous n'avons, dans nos observations, noté que rarement son existence. Dans un premier cas, les attaques apoplectiformes répétées, n'ont pas paru aggraver la situation. Dans un second, un ictus cérébral violent a déterminé la mort. Ce cas est le seul que nous possédions, et nous ne pouvons parler des terminaisons d'après nos observations, vu la brièveté du séjour des malades à la clinique.

Aussi, serons nous très bref sur ce point, en nous contentant de citer une phrase de M. Régis, qui nous paraît résumer d'une façon très précise l'état de la question :

« La période de cachexie... qui se termine à la mort, est notablement abrégée chez l'homme par les accès surtout épileptiques qui la traversent, et dont elle constitue pour ainsi dire le domaine de prédilection. La femme, au contraire, une fois dans les asiles, tombe rapidement dans la période gâteuse, mais arrivée là, elle s'arrête et demeure comme incrustée dans cet état de déchéance tranquille et toujours uniforme qui semble ne devoir jamais finir. »

*Complications.* — Sur ce point comme sur le précédent, nous manquons d'expérience personnelle. Dans les relevés

concernant les hommes, nous trouvons deux fois la paralysie agitante. Chez la femme, nous n'avons rien rencontré de pareil.

Nous ne saurions, en effet, considérer comme des complications les attaques, qui sont un symptôme de la maladie ; ni les eschares observées à la période terminale, et qui relèvent directement des lésions du système nerveux. Quant à l'hystérie, on sait que sa coexistence avec la paralysie générale est un fait très rare. D'ailleurs, il n'est rien moins que démontré que sa présence complique l'affection au sens défavorable du mot (V. thèse de Charrière).

*Durée.* — Il est difficile de préciser la durée de la paralysie générale, faute de renseignements exacts sur son début, et cela est difficile surtout à la clinique de Sainte-Anne où les malades ne font que passer.

A priori, on peut supposer d'après la lenteur de la marche, qu'elle doit mettre plus de temps à évoluer dans le sexe féminin.

Sander conclut d'une série d'observations : 1° que la maladie dure plus longtemps chez l'homme ; 2° qu'au moment de l'admission à l'asile, les hommes sont malades depuis plus longtemps que les femmes, et il insiste sur ce fait ; 3° enfin, que si les hommes traînent plus longtemps, ils meurent à une période moins avancée : ce qui revient à dire que la paralysie de la femme parcourt son cycle complet.

Nous avons pu comparer au point de vue de la durée un certain nombre d'hommes et de femmes. Seulement, excepté pour nos malades de la clinique, nulle part, nous n'avons le début vrai, et les relevés ne donnent que le temps passé à l'asile.

Sur 37 hommes, la maladie datait au moment de l'entrée.

|                       |         |        |
|-----------------------|---------|--------|
| D'un mois à deux ans, | Chez 18 | 48 0/0 |
| De deux à trois ans,  | — 11    | 30 0/0 |
| De trois à dix ans,   | — 5     | 15 0/0 |

Sur 15 femmes du service de M. Bouchereau, 7 sont malades depuis moins d'un an, il y en a 5 chez qui la maladie a duré de 1 à 5 ans, et 3 qui en sont atteintes respectivement depuis 5, 7 et 9 ans.

A Saint-Yon, 11 sur 22 sont malades depuis plus de deux ans; une est malade depuis 9 ans.

Chez 6 de nos malades, l'affection a moins d'un an, chez 5 plus d'un an et moins de deux; chez 3 moins de trois ans, chez 1 onze ans, et chez 5, il est impossible de préciser la date.

En éliminant les 5 femmes pour lesquelles les renseignements font défaut, il en reste 54, sur lesquelles 11, soit 20 0/0, sont malades depuis plus de trois ans.

Il semble donc, contrairement à l'opinion de Sander, que la maladie dure plus longtemps chez les femmes. M. Régis donne comme chiffre moyen deux ans pour l'homme, quatre ans pour la femme.

Relativement à ce que dit Sander du temps écoulé entre le début de l'affection et l'entrée à l'asile, nous ne possédons pas assez de données pour nous prononcer.

*Pronostic.* — Le pronostic de la paralysie générale ne diffère pas pour les deux sexes. Dans tous les cas, on peut prédire la déchéance irrémédiable pour l'avenir. Le séjour dans les asiles paraît influencer heureusement la marche

de la maladie, et on peut remarquer à ce propos que les auteurs du commencement du siècle assignaient à l'affection une durée plus courte que ceux d'aujourd'hui. Cela tient à ce que leurs malades moins soignés mouraient plus vite. Les soins favorisent les rémissions, et par suite reculent le terme fatal. Mais la paralysie générale ne guérit jamais complètement.

*Diagnostic.* — Comme chez l'homme, le diagnostic doit être fondé sur la coexistence des signes physiques et des troubles intellectuels. Au début, il peut être assez difficile. Une remarque d'une portée générale doit être faite: tandis que chez l'homme, le diagnostic différentiel a le plus souvent à compter avec les formes aiguës des maladies mentales, il doit surtout être fait chez la femme avec les formes chroniques et atténuées de ces mêmes affections. Chez l'homme ce sont les délires; chez la femme, ce sont les démences qu'on est exposé à confondre avec la paralysie générale. On se rappellera, d'une part, l'incohérence des idées délirantes, bien éloignées de toute espèce de systématisation; l'air niais et hébété des malades, et enfin un symptôme qui, pour n'être pas constant, n'a pas moins une grande importance; le mâchonnement déjà cité plus haut; enfin, les autres signes physiques classiques.

*Traitement.* Le peu d'intensité des signes intellectuels et physiques dans la paralysie générale chez la femme, fait que le plus souvent, lorsque la malade est amenée au médecin, les lésions et les troubles sont entièrement constitués. Le rôle du médecin sera donc malheureusement bien secondaire, et son intervention souvent inefficace.

Cependant ses efforts ne devront pas moins être énergiques.

1° Nous avons dit plus haut (V. p. 45), que les paralysies générales reconnaissant une cause spécifique ne sont pas à proprement parler de véritables paralysies générales, et que la grande caractéristique différentielle de ces deux sortes de d'affections spécifiques ou essentielles, consiste précisément dans ce fait, que les premières sont relativement curables, tandis que l'autre semble résister à tout espèce de traitement. Il faudra donc rechercher la cause et la combattre dans les cas de spécificité. Ce n'est pas ici le lieu de rappeler les traitements préconisés contre l'alcoolisme, le saturnisme, la syphilis, etc., etc.

2° D'après cela, en présence d'une paralysie générale vraie, sans cause définie, le médecin sera bien désarmé; dans ce cas, nous nous sommes quelquefois fort bien trouvé d'une active révulsion : sétons permanents à la nuque, cautérisations ponctuées de la même région, vésicatoires fréquemment renouvelés sur le cuir chevelu, etc.

3° Comme les troubles menstruels entrent en première ligne dans la paralysie générale de la femme, il faudra se préoccuper tout particulièrement de l'état cataménial; aussi cherchons-nous à faire réapparaître les règles disparues à l'aide des emménagogues usités. Les congestions intenses dues à la suspension menstruelle seront également combattues avec succès par des déplétions sanguines. La saignée générale, très vantée autrefois, doit être proscrite dans la majorité des cas, et ce n'est qu'avec beaucoup de modération, qu'on pourra recourir aux émissions sanguines locales; mais en revanche les dérivatifs intestinaux (calomel, scammonée, jalap, purgatifs salins, etc.)

seront employés avec succès pour combattre la congestion phlegmasique du cerveau.

4° Dans tous les cas on aura recours à un régime tonique, et comme pour tous les aliénés, nous insistons beaucoup sur la nécessité de l'isolement.

## CONCLUSIONS

1° La paralysie générale existe dans le sexe féminin, elle y est, absolument et relativement, moins fréquente que dans le sexe masculin ;

2° Elle a son maximum de fréquence de 30 à 45 ans, frappe de préférence les classes pauvres et la population des villes ;

3° La menstruation paraît affecter avec la maladie des rapports étroits, mais il est, quant à présent, impossible de préciser leur nature ;

4° Les causes morales semblent jouer dans son développement un rôle prépondérant. Les débauches et les excès, dans un très grand nombre de cas, sont bien plutôt des effets que les causes de l'affection ;

5° Les divers délires signalés chez l'homme et notamment le délire des grandeurs existent chez la femme, mais ils se font remarquer par leur incohérence et leur puérilité. L'existence des hallucinations est très douteuse ;

6° La démence et l'affaiblissement intellectuel existent dès le début à un degré assez prononcé ;

7° Les signes physiques ne diffèrent pas sensiblement dans les deux sexes ;

8° Les attaques apoplectiformes sont très rares comme

symptôme initial, rares dans le cours de la maladie. Les attaques épileptiformes sont tout-à-fait exceptionnelles;

9° La marche de la maladie est très lente, progressive dans la très grande majorité des cas. Elle paraît durer plus longtemps que chez l'homme, et parcourir plus complètement que chez lui les différents degrés de son évolution;

10° Le caractère dominant de l'affection chez la femme est l'effacement et l'atténuation de tous les symptômes, même chez celles qui offrent du délire ou des idées de satisfaction.

## OBSERVATIONS.

### OBSERVATION I.

Pas d'hérédité? — Règles arrêtées depuis deux ans. — Idées confuses de satisfaction et d'ambition. — Affaiblissement intellectuel, signes physiques prononcés. — Pupille gauche plus large.

De R..., 51 ans, sans profession, mariée, entre à la clinique des maladies mentales de l'asile Ste-Anne, le 1 octobre 1881.

Le père de la malade est mort subitement à 71 ans: deux frères sont morts en bas âge (de convulsions?) Nous ne savons rien du reste de la famille.

Le mari de cette malade donne sur elle des renseignements, que son état d'amnésie ne lui a pas permis de donner elle-même.

D'après son mari, elle n'a jamais fait de maladie grave. Cependant elle prétend avoir eu la fièvre muqueuse à l'âge de 10 ans. Au moment du siège, elle a eu des pertes de sang qui ont reparu depuis. L'abondance de l'écoulement sanguin était telle, qu'il a été plusieurs fois difficile de l'arrêter.

Depuis deux ans elle n'est plus réglée du tout. Six mois après la cessation des règles, elle a eu une attaque de paralysie. L'attaque s'est produite le soir, brusquement: elle n'a pas perdu connaissance, mais

elle ne pouvait plus parler et ne sentait plus son bras droit. Depuis lors, elle a éprouvé plusieurs attaques semblables.

Elle n'était nullement nerveuse et n'a jamais eu de crises de nerfs. Elle était d'un caractère très calme.

La physionomie de la malade est tout à fait caractéristique. Ses lèvres tremblent, la langue est agitée d'un tremblement fibrillaire qui s'étend à toute la face, ses pupilles sont modérément dilatées, *la gauche plus que la droite*. Le teint est pâle, cachectique. Elle offre un prognatisme supérieur très accentué.

La parole est lente, hésitante, comme grelottante, ses mains sont agitées de légères secousses fibrillaires.

L'intelligence est très affaiblie et la mémoire fait défaut.

La malade ne se rappelle rien. Elle a oublié tout son passé, et ne peut même dire si elle est encore réglée. Quand on lui demande son âge, elle répond : 40 ans, mon mari a aussi 40 ans. Mon mari est horloger, et puis nous venons des brillants, enfin toutes sortes de perles. Elle parle de ses toilettes. Elle a de beaux costumes, des chapeaux, des bracelets, des bijoux. Je m'habille très bien, dit-elle. Elle ne sait pas au juste le chiffre de sa fortune, mais elle le croit considérable, parce que M. S. . . (son mari) gagne beaucoup d'argent. C'est un homme bien gentil. Elle s'étend avec complaisance sur les qualités de son mari, et dit qu'elle l'aime beaucoup.

Le 1<sup>er</sup> mai. Son état s'est peu modifié depuis son entrée. Cependant quelques symptômes se sont prononcés. Le tremblement des lèvres, de la langue est à peu près le même. Le tremblement des mains est très notable. L'état des pupilles est toujours le même : la pupille gauche est plus dilatée que la droite.

L'état intellectuel est mauvais. Les idées sont extrêmement confuses et la mémoire fait défaut.

Elle ne se rappelle pas son âge, elle croit avoir 35 ans. Enfin elle ne se rend pas compte du temps qu'elle a passé à l'asile, et se figure n'y être que depuis six semaines. Il est d'ailleurs très difficile d'obtenir une réponse aux questions qu'on lui pose.

Le 17. Elle répète que son mari est très bon ouvrier. Il a beaucoup d'actions et une belle position. Il est très heureux et il me rend heureuse aussi. Elle ne dort pas bien, parce qu'elle est fatiguée de faire toujours de la charpie. Je suis très mal habillée ici, parce que je suis au couvent, mais chez moi je suis très bien mise. J'ai des

brillants dont mon mari m'a fait cadeau, et beaucoup de bijoux. J'ai les plus jolis meubles du quartier. Une armoire à glace qui a coûté plus de 300 francs. Mon mari est très coquet, il a trois boutons de chemise en brillants. J'ai vendu un manteau de zibeline à l'impératrice, pour 1800 fr. Elle divague toujours de la même manière, et son délire présente une très grande mobilité.

Elle marche facilement et se promène constamment avec son sac à la main. La sensibilité générale est intacte et les sens spéciaux ne paraissent pas troublés.

#### OBSERVATION II.

Hérédité probable. — Règles irrégulières, supprimées depuis un an. — Hémiplégie gauche à la suite d'une suppression menstruelle. — Chagrins. — Signes physiques prononcés; pupille gauche plus large. — Idées de satisfaction et d'ambition.

L. Marie-Louise, 33 ans, célibataire, couturière, est entrée à la clinique des maladies mentales le 22 Janvier 1882.

Nous possédons sur ses antécédents héréditaires des renseignements assez complets. Du côté paternel, nous n'avons à noter que la mort subite de son père à 42 ans. Du côté maternel, nous trouvons des habitudes alcooliques chez le grand-père. La grand-mère était une hémorroïdaire. La malade a eu quatre sœurs, dont trois sont mortes de convulsions dans leur première enfance.

La malade n'a jamais eu d'affection grave dans son enfance. Règlée à 16 ans, elle l'a toujours été d'une façon régulière. Elle n'a rien vu depuis le mois de juillet dernier. Il y a deux mois, elle a dû cesser tout travail, parceque ses mains tremblaient. Elle a été, dit-elle, élevée en pension. Elle a beaucoup appris, mais elle a tout oublié.

Le 24 janvier. Les renseignements donnés par sa mère, concordent à peu près avec les siens. Les règles ont cessé il y a six mois, sans cause appréciable. Dès qu'elle s'en est aperçue, elle s'est dite enceinte de 9 mois. Sa mère l'a conduite à l'hôpital, où on lui a répondu que l'accouchement devait se faire à Ste-Anne. Il y a 12 ans, elle a eu un enfant. Elle est accouchée à St-Louis, l'accouchement a été normal. Son enfant est mort, à trois mois, d'inanition. Elle a dû garder le lit

par suite d'une pelvi péritonite qui a succédé à ses couches et a duré deux mois.

A l'âge de 18 ans, ayant ses règles, elle a pris un bain froid. Les règles se sont arrêtées, le lendemain, elle était paralysée de tout le côté gauche.

Cette paralysie a duré trois mois et a fini par guérir.

Bien qu'elle prétende avoir eu de véritables attaques d'épilepsie avec chute, cri, convulsion, perte de connaissance, sa mère affirme qu'elle n'a jamais eu d'accidents nerveux.

Très tranquille et très laborieuse, elle vivait maritalement avec un individu depuis plusieurs années. Sa conduite était d'ailleurs régulière, elle était comme mariée. Elle n'avait pas l'habitude de boire, elle prenait seulement un peu d'absinthe de temps à autre. Il y a 11 mois 1/2, son amant l'a quittée. Elle est alors revenue chez sa mère, très triste et pleurant constamment. Elle a commencé à cette époque à parler difficilement, dequies, son intelligence s'est graduellement affaiblie; elle était lourde, paresseuse, somnolente. On la voyait souvent dormir et manger à la fois.

Au moment de son admission à la clinique, elle offre les signes physiques bien accentués de la paralysie générale. La parole est hésitante et embarrassée, la langue et les lèvres tremblent. Il y a également du tremblement des mains. La pupille gauche est dilatée.

Elle se plaint de douleurs d'estomac, et demande avec instance qu'on la soigne et qu'on la guérisse.

La mémoire s'est très affaiblie, ainsi elle ne peut dire combien font 5 fois 8. Elle n'a aucun projet. Son père lui a laissé une fortune de 60000 fr., elle se trouve bien à l'hôpital.

Le 1<sup>er</sup> mai. Elle est très satisfaite, et dit qu'elle travaille à de belles choses. Sa fortune s'élève à 40000 fr. L'affaiblissement intellectuel est très marqué et les signes physiques notablement accentués.

OBSERVATION III.

Syphilis antérieure. — Début il y a un an. — Troubles et finalement suppression des règles. — Signes physiques évidents. — Pupille gauche plus large. — Idées très mobiles et incohérentes.

Fr.... Marie, 41 ans, domestique, veuve, entrée à la clinique des maladies mentales, le 8 mars 1882.

Elle a perdu son père à l'âge de 72 ans. Il buvait beaucoup. Elle a une sœur bien portante, mais elle a perdu un frère par suite d'une affection cérébrale. Elle ne peut donner sur ces antécédents que des renseignements très incomplets et très vagues. Elle aurait été réglée à 18 ans, régulièrement tous les 24 jours. Actuellement la menstruation est arrêtée, mais nous ignorons depuis quand, elle nous a dit une fois ne plus être réglée depuis un mois et demi; un autre jour elle a affirmé ne plus l'être depuis trois ans.

Une personne de sa famille a pu nous renseigner sur quelques points de son histoire.

Elle n'a jamais fait de maladie grave. Elle était rangée, laborieuse, et avait réussi à mettre de côté 2 ou 3,000 fr. Au mois d'août 1881, elle a commencé à se déranger. Elle ne travaillait plus, dépensait tout son argent, buvait et menait la vie la plus irrégulière. Elle avait l'air idiot. Incapable de travailler, elle parlait de sa fortune et disait avoir 50,000 fr. de rentes. Elle n'a pas eu d'autre délire.

Avant sa maladie, elle ne faisait d'excès d'aucune sorte. Son sommeil était parfois agité, mais jamais elle n'a eu de rêves effrayants, de visions d'animaux, de cauchemars, etc.

Avec le premier mari, elle a contracté une syphilis bien constatée; ulcère aux parties génitales, taches rubéoliques sur la peau et mal de gorge. Elle se soignait, et depuis elle n'a eu aucune manifestation. F... ne se plaint de rien. En ce moment, elle ne se trouve point du tout malade, elle présente du tremblement de la langue et des mains avec embarras de la parole. Il y a un peu d'inégalité pupillaire. La pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite.

Les facultés intellectuelles sont dans un état de débilité notable. Elle pleure sans motif, et semble avoir par intermittences des idées

confuses de satisfaction. Parfois des idées hypochondriaques et des actes incohérents. Sensibilités générale et spéciale intactes.

Le certificat immédiat dit : « Paralyse générale probable. »

1<sup>er</sup> mai. — Même état général. Les signes physiques sont plus nets encore. La faiblesse de l'intelligence et de la mémoire sont portées à un très haut degré. Ses idées de grandeur sont un peu atténuées et la malade semble mettre en doute la fortune dont elle parlait précédemment.

Le 18. Elle raconte qu'elle a éprouvé dans le bras gauche et sur la face un engourdissement « comme si son bras était mort ». Elle l'a fait disparaître à force de se frictionner.

#### OBSERVATION IV.

Règles supprimées depuis cinq ans. — Vol, quelques traces d'alcoolisme. — Pupille gauche plus dilatée. — Idées des grandeurs; héritage, fortune immense, distribue les cadeaux à tout le monde. — Affaiblissement intellectuel.

L... Claudine, 30 ans, couturière. Entrée le 14 octobre 1881, à la clinique des maladies mentales de l'asile de Sainte-Anne.

Cette malade ne peut donner sur ses antécédents que des renseignements très confus. Elle dit n'être plus réglée depuis l'âge de 26 ans, et souffrir de maux de tête depuis 2 ou 3 ans. Il y a un mois, elle aurait dérobé un panier à une devanture du boulevard Magenta, mais elle prétend que ce vol a été commis par sa fille; du reste, elle a voulu payer. Une femme a sauté sur elle et a cherché à lui crever les yeux. Elle a été alors envoyée à Saint-Lazare. Elle accuse quelques excès de boisson; cette nuit, elle a vu des serpents. C'est la première fois qu'elle fait de pareils rêves. Depuis son entrée à l'asile, elle a cherché à s'évader en franchissant la palissade devant tout le monde.

Elle présente un tremblement fibrillaire de la langue et de la lèvre inférieure quand elle cherche à tirer la langue. Les pupilles sont inégales, la gauche plus dilatée. Les mains tremblent légèrement, constamment elle fait des mouvements de déglutition. La parole est

un peu hésitante. Elle a un teint de cachectique, avec un masque puerpéral très développé.

Elle se plaint de souffrir de la tête et du côté et demande qu'on la saigne. Tout ce qu'elle dit est confus et incohérent. Ainsi elle prétend avoir une fille de 20 ans. Quand on lui fait observer qu'elle même n'en a que 30, elle persiste dans son dire sans en voir l'absurdité. Elle dit avoir à recueillir un héritage de 20,000 fr. Elle est absolument calme et indifférente, et se croit au mois de septembre, mais sans pouvoir dire de quelle année. Elle est restée 15 jours à Saint-Lazare. Sa fille est à Bordeaux, en pension, depuis l'âge de trois ans.

20 octobre. La malade dit que sa fille a 3 ans. Celle de 20 ans est une autre fille. Elle va se coucher dans le premier lit venu.

1<sup>er</sup> mai 1882. Son état s'est complètement modifié depuis trois semaines. Au calme du début a succédé une excitation violente. Elle chante, saute, court, et fait tant de bruit qu'on a dû lui mettre la camisole de force. Elle déchire ses vêtements et fait forcés projets; elle veut voyager, distribuer des millions et donner des bijoux, des chaînes de montre à ceux qui l'entourent. Actuellement elle est un peu calmée.

L'intelligence est profondément affaiblie. La mémoire également. Elle ne se souvient de rien. Elle a 100 ans, des millions et des milliards. Elle est complètement incohérente, ne peut répondre à aucune question — gâteuse et très affaiblie. — Par moments, elle est tranquille, mais ordinairement elle est agitée. On la tient incessamment dans la cellule.

#### OBSERVATION V.

Travail excessif, émotion vive, hémiplegie droite au début de la maladie; menstruation régulière. — Hallucinations. — Pupille droite plus large. — Affaiblissement intellectuel. — Idées confuses de satisfaction et de mélancolie.

M..., Mathilde, 27 ans, artiste chorégraphique. Entrée le 1<sup>er</sup> novembre 1881.

Très peu de chose comme antécédents de famille. Rien de particu-

lier à noter chez les grands parents. Son père a présenté des troubles d'esprit à la suite de mauvaises affaires. Pas d'enfants.

Le début de la maladie actuelle remonterait à 3 ans. M... n'avait jamais joui d'une bonne santé; elle aurait eu dans son enfance une maladie grave. Elle était presque toujours souffrante, anémique et se plaignait de palpitations. Réglée à 13 ans 1/2, elle l'a été régulièrement, même dans ces derniers temps, seulement le mois dernier les règles étaient moins abondantes que d'habitude. Elle a toujours été intelligente et assez douce de caractère. Elle était un peu nerveuse et paraît avoir eu quelques crises.

Il y a trois ans, elle a commencé à éprouver des maux de tête, et quelques troubles intellectuels, consistant surtout en un défaut de suite dans les idées. En même temps, son caractère s'est modifié et est devenu un peu plus difficile. Son existence était très calme, et jamais elle n'a fait aucun excès. Son métier de danseuse l'a fatiguée. Elle avait travaillé beaucoup pour entrer à l'Opéra, et avait réussi à s'y faire admettre, mais la fatigue était telle, que son mari l'en avait retirée en 1877.

Il y a deux ans, elle met involontairement le feu chez elle, en éprouve une vive émotion. Deux mois après, elle a une attaque de paralysie, à la suite de laquelle s'est manifesté de l'embarras de la parole avec parésie d'un côté (côté droit). Elle s'est remise et n'a pas eu d'autre attaque depuis. Son intelligence s'est affaiblie progressivement sans délire, elle n'a jamais commis d'actes extraordinaires. De temps à autre elle avait des cauchemars la nuit.

En revenant de Royat, elle a eu des hallucinations en chemin de fer; elle a vu un singe, des statues, etc. Ce sont peut-être des illusions plutôt que des hallucinations vraies.

Au moment de son entrée M... offre les signes physiques de la paralysie générale à un degré notable. Il y a un tremblement considérable des mains et de la langue, avec frémissement des lèvres. Les pupilles sont inégales, la droite est un peu plus dilatée. La parole est extrêmement embarrassée et hésitante. L'intelligence est très affaiblie. La mémoire est à peu près perdue. Chez M..., les idées tristes et hypochondriaques alternent avec des périodes d'excitation. Elle se plaint. « J'ai la tête étourdie, je n'ai plus de sang, j'ai les oreilles bouchées, je ne puis plus parler. » De temps en temps, elle manifeste quelque agitation; par exemple, elle a des vel-

létés de se lever et de sortir, pousse des cris, déchire ses robes, etc.

15 mai 1882. Son état ne s'est pas beaucoup modifié.

Les signes physiques sont toujours très nets, l'affaiblissement intellectuel est profond, mais il n'y a pas de délire à proprement parler. Les troubles intellectuels affectent nettement la forme alternante. Tantôt elle se montre très déprimée et pleure, tantôt elle est calme et même gaie, tantôt enfin elle est très excitée, pleure, s'agite, jette des cris effrayants. Elle réclame constamment son mari. Elle paraît très sensible aux compliments qu'on lui fait sur sa beauté et ses vêtements.

Depuis son entrée à l'asile, et notamment dans les trois derniers mois la menstruation a été régulière.

Elle est transférée à Vacluse à la fin de mai.

#### OBSERVATION VI.

Alcoolisme, nicotinisme, conduite légère. — Délire des grandeurs. — Pas d'irrégularité pupillaire. — Régée irrégulièrement et continuellement.

G... Marie-Thérèse, 33 ans, entrée à la clinique le 14 avril 1882, La malade vivait maritalement avec un individu dont elle a eu un enfant. Elle exerçait la profession de sage-femme herboriste. Le certificat immédiat la dit « atteinte d'affaiblissement intellectuel, avec délire ambitieux, sans signe physique appréciable de paralysie générale. Alcoolisme. »

Nous n'avons pas de renseignements sur la famille. Le père a 52 ans et se porte bien.

G... avait une conduite fort peu régulière. Elle buvait beaucoup, quelquefois de l'absinthe, mais surtout du vin, et fumait continuellement, même en mangeant. Son dérangement d'esprit date du mois d'octobre 1881. A cette époque, le père de son enfant, avec qui elle vivait depuis plus de douze ans, lui annonce son mariage et la quitte en lui laissant quelques milliers de francs. La personne qui nous donne ces renseignements ne la connaît que depuis un mois. Elle l'a toujours vue atteinte de la folie des grandeurs. Elle perdait son

argent et ses papiers. Il y a dix jours elle est partie, disant qu'elle allait à Brest, et emportant des objets précieux, vêtements, etc., qu'elle n'a pas rapportés, « car elle a oublié en partant de prendre sa malle. » Ayant un besoin pressant d'argent, elle envoie au Mont-de-Piété des effets ; on lui prête 24 francs que lui apporte un commissionnaire. Elle en boit la moitié avec ce dernier et achète avec le reste un poêle dont elle n'a que faire. Elle montrait en tout de l'incohérence. Ainsi on ne pouvait arriver à lui faire mettre deux bas semblables. Ce sont ses voisines qui l'ont fait arrêter, dans la crainte qu'elle ne mit le feu.

Au point de vue physique, nous n'avons noté que peu de tremblement, peu d'embarras de la parole et pas d'inégalité pupillaire. Mais dans l'ordre intellectuel, elle présente un état délirant caractérisé par d'absurdes conceptions ambitieuses.

Son père est officier de marine (capitaine de vaisseau et décoré). Son grand père est amiral. Sa mère est vivante. Ils ont été 22 enfants : 12 sont morts du choléra. Dans son enfance, elle a eu toutes les maladies possibles : le carreau, la jaunisse, la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde. Elle a été réglée à 10 ans. Elle a eu 5 enfants et 3 fausses couches ; le père de tous ces enfants est un lieutenant de vaisseau. Elle les a faits pour s'exercer à son métier. Demain elle se marie ; elle épouse un juif, riche commerçant ; elle est riche et a gagné 150,000 francs avec des actions de 1871. Elle est excellente accoucheuse ; sa clientèle est très nombreuse ; en ce moment il y a trois de ses clientes qui sont en train de beugler. Elle est bien portante à présent : mais elle a eu une attaque d'apoplexie il y a 8 jours. Son grand-père est amiral et cultivateur. Elle a fait l'amour avec un étalon et avec un taureau. Elle avoue ses habitudes de boisson. Fréquemment elle rêvait d'animaux.

1<sup>er</sup> mai. Les signes physiques sont maintenant plus accentués. Nous constatons du tremblement fibrillaire de la langue et des mains. Les pupilles sont cependant encore égales.

L'excitation du début a disparu, et G.... est à présent très calme. Nous ne constatons guère qu'une conception ambitieuse ; elle parle toujours de se faire recevoir médecin.

Elle nous dit qu'elle n'est pas réglée depuis cinq mois.

OBSERVATION VII.

Hérédité. — Début trois mois avant l'entrée. — Règles irrégulières. — Idées de grandeur, incohérentes, sans excitation. — Pupille gauche plus large. — Excès alcooliques au début de la maladie. — Rémission.

B... Eugénie, 39 ans, lingère, entrée à la clinique des maladies mentales le 25 janvier 1882. Mariée trois fois. Le père de la malade a disparu; il a été condamné plusieurs fois, c'était un ivrogne.

Son grand père maternel est mort à 52 ans d'une maladie de poitrine; sa grand'mère est morte à 72 ans d'une attaque d'apoplexie avec hémiplegie gauche; la mère est morte phthisique à 29 ans. Trois frères et sœurs sont morts en bas âge. Elle-même a perdu deux enfants à la suite de convulsions.

L'affection actuelle remonterait à 3 mois environ. L'embarras de la parole se serait montré dès le mois de novembre. Depuis le mois de janvier, elle parle de millions, de richesses. On l'a renvoyée de son atelier parce qu'elle se montrait acariâtre, difficile à vivre, inhabile et négligente dans son travail. Son existence jusque-là avait été régulière. Elle travaillait beaucoup, ne buvait pas. Elle n'a commencé à boire que dans la semaine qui a précédé son entrée à l'asile. Elle fumait habituellement la cigarette. La dernière nuit elle a rêvé qu'elle voyait des rats courir dans son lit. C'est le 12 janvier qu'elle a donné les premiers signes de dérangement intellectuel et qu'elle a commencé à délirer. Depuis, le délire a toujours été en augmentant. Elle achetait une foule de choses, descendait à demi vêtue; disait avoir deux millions placés, des robes, de la dentelle.

Au dire de ses parents, elle n'était pas nerveuse. Cependant, il y a 10 ans, elle aurait eu deux attaques avec chute et convulsions, mais les renseignements sur ce point sont très incertains. A 27 ans, elle a eu une fluxion de poitrine.

Elle est réglée irrégulièrement. Elle l'a été à 14 ans; les règles étaient régulières; elle se plaint même de leur abondance.

Elle présente de l'inégalité pupillaire. Les deux pupilles sont rétrécies, surtout la droite. Il y a du tremblement de la langue et des lèvres.

Ce qui domine chez elle, ce sont les conceptions délirantes. Elle a eu trois maris (en réalité, elle n'a jamais été mariée). Tous trois sont morts de chagrin « que l'empereur se soit rendu. » Le premier était le duc d'Enghien, le second le duc de Berry, le troisième, je ne me rappelle plus. Le quatrième était un caissier de la Banque. On l'avait installée au Louvre, elle est reine. Mais ce délire ne présente aucune consistance et le thème ambitieux varie. Elle a dit dernièrement que son mari était le duc de Game, et que ses maris lui avaient laissé 7 millions. Toutes ses conceptions sont contradictoires. Ainsi, elle demeure à la fois au Louvre et rue Sedaine. Elle a des robes de 15 mètres de long et une voiture au mois qu'elle paie 200 francs. A la Banque on lui a promis 7 millions. Elle ne les a pas volés : ce sont des gens à qui elle a plu qui les lui ont donnés.

Elle prétend avoir eu quelques cauchemars. Elle voyait en rêve des animaux : chiens, chats, girafes, chevaux, éléphants. Elle parle avec complaisance de son travail : elle était, dit-elle, belle ouvrière, et on lui payait une chemise de soie jusqu'à 5 francs.

A ce délire se mêlent quelques idées extrêmement vagues de persécution.

On lui a jeté quelquefois des immondices, mais elle n'a pas d'ennemis particuliers.

28 avril. La malade est sortie, présentant une rémission tellement accentuée qu'on peut la considérer comme momentanément guérie. Le délire est calmé, et le tremblement a à peu près disparu.

Elle a eu ses règles le 28 janvier. Elle ne les a eues ni en février ni en mars, mais elles ont reparu le 2 avril.

#### OBSERVATION VIII.

Réglée très irrégulièrement, suppression depuis six ans. — Il y a deux ans et demi que la maladie a commencé. — Idées de grandeurs, incohérentes. — Pupille gauche plus dilatée. — Signes physiques évidents.

Pev... Joséphine, 52 ans, teinturière, célibataire, entrée à la clinique le 3 novembre 1881.

Colovitch.

Les antécédents héréditaires sont à peu près nuls. Son père et sa mère sont morts, l'un à 50 ans, l'autre à 60. Un frère et une sœur sont morts phthisiques, le frère vers 50 ans, la sœur à 30.

Les détails sur les antécédents personnels sont donnés par un individu avec qui elle vit depuis 10 ans. Elle n'a jamais fait de maladie grave. Réglée à 15 ans, elle ne l'a jamais été d'une façon régulière ; elle passait souvent plusieurs mois sans rien voir, et le plus souvent voyait à peine. Il y a 6 ans que les règles ont complètement cessé. Presque jamais elle n'a souffert de maux de tête. En 1873, elle a commencé à ressentir des douleurs dans l'estomac. Très intelligente et très bonne ouvrière jusqu'à il y a deux ans, elle a dû à cette époque cesser son travail. Elle devenait inhabile et souffrait constamment de l'estomac et du ventre. En même temps, elle a commencé à avoir de l'hésitation dans la parole, et à mâchonner continuellement, comme si elle avait eu quelque chose dans la bouche. Il y a trois mois qu'elle délire. Elle se dit riche, veut bâtir des maisons, parle d'or et de diamants. Dans ces derniers temps, elle s'est montrée très excitée : elle portait tout chez les voisins, passait son temps à courir et restait parfois toute une journée dehors. Elle n'a jamais commis d'excès de boisson ni éprouvé de grands chagrins. Sa conduite était régulière. Elle dormait généralement bien, n'avait ni rêves ni cauchemars.

Actuellement, elle délire continuellement et offre le facies ordinaire des paralytiques. Le teint est pâle, cachectique ; les pupilles rétrécies et inégales, *la gauche est légèrement plus large*. La langue est agitée en masse de secousses fibrillaires. Au moment où elle cherche à tirer — ce qu'elle ne peut faire que difficilement — et à la rentrer, les deux lèvres, l'inférieure surtout, offrent des secousses fibrillaires. La parole est lente, hésitante, la voix tremblotte. Elle mâchonne et déglutit constamment.

Ses mains tremblent légèrement. Sa marche est mal assurée. La malade urine sous elle.

Le délire est surtout incohérent, et il n'y a aucune suite dans les conceptions délirantes. Elle ne peut suivre une idée, et on la fait dévier à volonté. J'ai mangé toute la nuit ; nous allons à Rambouillet ; avez-vous un million ? — Puis elle passe immédiatement à une autre idée. Combien avez-vous de maisons et de châteaux ? Un

million : vous êtes bien sur votre coussin. — Avez-vous de beaux bijoux ? Pour sûr. C'est avec notre travail que nous les avons gagnés : je ne sais pas ce que j'ai au nez. Elle bavarde d'une manière décousue et s'agite d'une façon automatique : elle saute, danse, déchire ce qu'elle tient, chante. Quel âge avez-vous ? Ma mère a 90 ans. Elle a fait le tour du monde : — Est-ce que vous êtes reine ? — Oui, nous allions en bateau chez mon oncle, avec des arbres au-dessus. Elle a des contusions de la face et présente les traces d'une épistaxis traumatique. En arrivant, elle a demandé un cataplasme en or, prétendant n'avoir plus de nez. Je connais, dit-elle, le coutelier de la rue Lamartine. Je lui ai fait gagner de l'or.

24 décembre. Excitation nocturne. Elle ne se couche pas et défait son lit, ne dort pas.

#### OBSERVATION IX.

Pupille gauche plus dilatée, tremblement des mains et de la langue. — Règles irrégulières et supprimées depuis deux ans. — Elle a des vers solitaires plein le corps.

Baz... Joséphine, 44 ans, marchande de bonbons. Entrée à la clinique des maladies mentales, le 1<sup>er</sup> mars 1882, transférée à Clermont-sur-Oise.

Les antécédents héréditaires sont à peu près nuls. Nous ne savons rien des grands parents, si ce n'est que sa grand' mère maternelle est morte vers l'âge de 70 ans. Son père serait mort à 50 ans : c'était, paraît-il, un buveur de bière. Sa mère est morte à 55 ans ; elle avait des attaques de nerfs et était probablement hystérique. Elle a perdu deux frères et une sœur par suite d'accidents divers. Son mari est mort après 7 ans de mariage. Elle n'a pas d'enfants.

La malade offre le tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, et les secousses semblent s'étendre aux muscles du menton. La parole est lente, hésitante, embarrassée. Il y a une légère dilatation des pupilles, plus prononcée du côté gauche.

L'intelligence est affaiblie et la mémoire très diminuée. Ce qui domine chez la malade, ce sont les idées hypochondriaques. Elle

donne facilement des détails sur sa santé antérieure. Elle dit n'avoir jamais fait de maladie grave. Elle a été réglée à 15 ans, mais jamais elle ne l'a été régulièrement. Elle avait des suppressions de 2, 4, et même 6 mois qui se produisaient à différents intervalles. *Depuis deux ans, les règles ont complètement cessé.* Elle souffrait de maux de tête depuis 10 ans, se dit très nerveuse, et aurait eu des attaques (?).

Elle est calme et répète toute la journée qu'elle a le ver solitaire. On peut assez facilement l'amener à exprimer des idées confuses de satisfaction, mais elle en revient toujours au détail de ses souffrances. Voici comment elle les exprime : « J'ai le ver solitaire depuis l'âge de trois ans. J'en ai rendu quatre-vingts mètres il y a 8 ans en un seul peloton ; il me semble qu'avec un peu d'huile de ricin je pourrais avoir un bon dégagement. Dans ce moment-ci il est dans le ventre ; cette nuit il a monté jusqu'au cou, il me faisait tourner. J'ai pris quatre fois du koussor. J'ai tout de même l'espoir de me guérir. Quand il me ronge le cœur, je mets une compresse de vinaigre et je mange de l'ail. »

#### OBSERVATION X.

Hérédité? — Début il y a un an. — Quelques traces d'alcoolisme. — Idées ambitieuses incohérentes. — Hallucinations? — Pupille gauche plus dilatée. — Menstruation normale.

R.... Appoline, 32 ans, mariée, sans profession. Entrée le 18 avril 1882.

Peu de chose à noter au point de vue de l'hérédité. Sa grand'mère de côté paternel était une nerveuse ; son grand père paternel « une tête braque ». Sur huit frères et sœurs, elle en a perdu trois à la suite de convulsions. Elle n'a pas d'enfant. Rien à noter pour les autres membres de la famille.

Elle prétend n'avoir jamais fait de maladies graves. Elle a été réglée à 14 ans, et l'est encore régulièrement et abondamment. Elle n'a jamais subi de privations. Son métier d'ouvrière en gilets et pantalons lui suffisait. Elle affirme n'avoir jamais éprouvé aucun chagrin, ni aucune contrariété importante. Elle accuse des excès de bois-

son : 2 à 3 litres de vin par jour, un peu de cognac, beaucoup de bière. Cependant, elle a toujours eu un bon sommeil, calme, sans cauchemars, sans visions effrayantes. Aucun excès vénérien, à l'en croire « elle n'aurait jamais fauté ».

Un individu qu'elle ne peut pas désigner est allé dans son pays, pour l'avertir que son père était malade ; elle est venue à Paris, l'a cherché et on lui a appris qu'il était bien portant. Elle ne peut pas expliquer pourquoi on l'a arrêtée.

Un voisin donne sur elle les renseignements suivants : il dit la connaître depuis 1871 ; c'est-à-dire depuis qu'elle est à Paris.

Elle s'est mariée en 1877, mais elle connaissait déjà son mari depuis longtemps. Elle n'a pas été heureuse en ménage : son mari la battait souvent sans qu'elle se plaignît. Il l'a quittée sans rien lui laisser, il est parti pour l'Angleterre avec des femmes. Déjà un peu extraordinaire, elle est devenue complètement malade à dater du départ de son mari.

Elle cherchait son père mort depuis 18 ans, et prétendait le voir et lui parler.

Son état mental a paru assez inquiétant pour motiver son transfert à la Préfecture de police.

D'après son frère, elle a toujours joui d'une bonne santé. Elle s'est mariée à Paris, et a vécu en assez bonne intelligence avec son mari, qui l'a abandonnée il y a trois mois. Les premiers symptômes de la maladie datent de 10 mois. Ce sont des absences et des manques de mémoire qui ont attiré l'attention. Elle oubliait facilement. Quelquefois il lui arrivait de rester des heures entières sur une chaise sans bouger. La difficulté de la parole s'est montrée plus tard. Elle se prétendait médecin et guérissait tout le monde. Elle avait des hallucinations, et disait voir des bêtes et des morts.

Au moment de son entrée, on constate une inégalité pupillaire — la gauche plus large — et du tremblement fibrillaire de la langue. La parole est lente, avec quelques difficultés.

L'intelligence est très affaiblie, elle a du délire ambitieux. Elle a 49,000 fr., est médecin et a guéri beaucoup de gens, surtout des méningites qu'elle soignait avec des herbes. Elle persiste dans l'affirmation qu'elle n'a jamais été mariée.

1<sup>er</sup> mai. La malade a des milliards. Elle a trouvé de l'or, et on peut se renseigner chez tous les employés de la banque. Ses idées

sont très confuses. Elle ne peut donner des renseignements sur sa famille.

Le tremblement de la langue et des mains existe, mais à un faible degré. Les deux pupilles sont très dilatées — la gauche un peu plus.

Le 10. Elle est toujours persuadée qu'elle a des milliards et qu'elle a trouvé de l'or. Elle persiste à demander des nouvelles de son père. Enfin elle continue de nier qu'elle ait jamais été mariée.

OBSERVATION XI.

Début il y a deux ans à la suite d'une affection aiguë, suppression des règles à la même époque. — Démence et gâteuse. — Signes physiques évidents. — Pupille gauche plus large.

B... Louise, 30 ans, mariée, sans profession. Entrée à la clinique le 11 juin 1880.

Comme antécédents héréditaires, rien à noter, si ce n'est quelques habitudes alcooliques chez le grand père maternel; de plus, la malade a perdu 7 frères et sœurs pendant leur première enfance. Elle n'a pas d'enfants et n'a jamais fait de fausse couche.

La maladie remonte à deux ans. A cette époque B... a eu une angine, à la suite de laquelle se seraient montrés les troubles intellectuels (?). Comme antécédents pathologiques on note une fièvre typhoïde survenue pendant l'enfance, et des accidents nerveux (crises de nerfs). Elle était d'un caractère très irritable. Régliée à 16 ans, elle a cessé de l'être au début de la maladie actuelle et les règles n'ont pas reparu depuis.

Les troubles de la parole (lenteur, difficulté dans l'articulation des mots) se sont manifestés deux mois avant son admission à Sainte-Anne. Elle est mariée et n'a jamais eu d'enfants. Cette malade n'a pas le masque habituel des paralytiques généraux. Les pupilles sont très dilatées et empiètent presque sur la cornée. La dilatation est marquée surtout à gauche.

Il y a du tremblement des lèvres et des mains. La langue est également tremblante, et ne peut sortir de la bouche que difficilement. Embarras de la parole très marqué.

Le délire est à peu près nul, mais d'incohérence est très notable. Elle n'a jamais manifesté, à proprement parler, d'idées ambitieuses ni d'idées hypochondriaques. Elle passe son temps à raconter sa mode. « Il y avait deux litres de vin blanc, B..., (son mari) avait un foulard blanc de trois francs. Elle est belle la sœur de B..., et moi, c'est ça qu'elle était belle la femme de B... Elle avait de gros nénais, elle avait une natte qui pendait jusqu'à terre, des bottines en chevreau ». Elle veut « aller coucher avec B..., dans un beau lit avec une table de nuit fermée à clef ». Son délire se borne à peu près à ces détails. Sa démence est profonde, elle prend tous les hommes pour B..., son mari.

Elle est gâtée depuis très longtemps. Depuis son entrée à l'asile, elle vole tout ce qu'elle trouve, du linge, des chiffons etc., elle en remplit ses poches et son lit.

La mensuration de sa tête nous a donné les chiffres suivants.

Circonférence . . . . 0<sup>m</sup>,565  
Diam. biauriculaire. 0<sup>m</sup>,345  
Naso-occipital. . . . 0<sup>m</sup>,365  
D. Antérieur . . . . 0<sup>m</sup>,320  
D. Postérieur. . . . 0<sup>m</sup>,290

#### OBSERVATION XII.

Pas d'hérédité. — Règles supprimées depuis sept ans. — Vols stupides. Satisfaction. — Pas de délire fixe. — Démence. — Pupille gauche plus dilatée.

R. Denise, 45 ans, mariée, sans profession. Entrée à la clinique des maladies mentales, le 25 janvier 1882.

L'hérédité est absolument nulle chez cette malade. Son grand père et sa grand'mère (côté paternel) sont morts; l'un à 82, l'autre à 100 ans. Le père de sa mère est mort à 63 ans. Son père et sa mère sont morts tous deux de pneumonie, le père à 62 ans, la mère à 42. Elle a 10 frères et sœurs, tous bien portants. Elle a trois enfants vivants et en parfait santé.

Comme maladie antérieure, nous n'avons à noter qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, survenue à l'âge de 15 ans et ayant duré quatre mois. R..., a été réglée à 12 ans, régulièrement, jusqu'à l'âge de 38 ans, époque à laquelle les règles se sont arrêtées. Jamais elle n'a présenté d'accidents nerveux.

Elle a été arrêtée au mois de janvier 1882, pour avoir pris un poulet à l'étalage d'un rôtisseur. Conduite chez le commissaire, elle a été fouillée. Entre autres objets, on a trouvé dans ses poches un hareng. Nous ne possédons pas d'autres renseignements sur la date précise du début de sa maladie, ni sur les phénomènes qu'elle a présentés.

Au moment de son entrée, elle présente un affaiblissement intellectuel notable, avec prédominance des idées de satisfaction. Sa parole est empâtée, hésitante, il y a de l'inégalité pupillaire avec mydriase à gauche.

R..., n'a nulle conscience de sa situation. Elle est très contente. Elle se sent forte, vigoureuse, elle va sortir pour acheter de belles robes. Elle nie avoir volé le poulet. C'est, dit-elle, une particulière qui était à côté d'elle qui a fait le coup.

Elle est gâteuse et présente nettement le tremblement fibrillaire de la langue et des mains.

Le 1<sup>er</sup> mars. R..., déclare être très contente et bien portante. On ne trouve pas chez elle trace de délire ambitieux.

L'amnésie n'est pas non plus très sensible: ainsi elle se rappelle encore en partie sa table de multiplication. Les signes physiques ont notablement diminué; seule, l'inégalité pupillaire persiste; elle n'est plus du tout gâteuse.

#### OBSERVATION XIII.

Hérédité. — Début il y a neuf mois. — Irrégularité, puis suppression de la menstruation. — Idées vagues de mélancolie, démence. — Signes physiques évidents.

D... Ernestine 34 ans, journalière, mariée, entrée à la clinique des maladies mentales, le 28 octobre 1881.

Le père de cette malade est un buveur, sa grand'mère maternelle est morte à 80 ans, avec une hémiplegie gauche. Son grand père est mort à 80 ans, aussi avec une hémiplegie. Sa mère, âgée de 60 ans, est également atteinte d'une hémiplegie gauche.

Sur 16 frères et sœurs, elle en a perdu 13 à la suite de convulsions. Elle même a eu un enfant qui est mort du croup à 3 ans, après avoir eu des convulsions.

La santé antérieure a toujours été assez bonne. Il y a dix ans, elle a subi une opération sur l'œil droit. Aucune maladie pendant son enfance. La menstruation était très irrégulière.

Tantôt les règles étaient très abondantes, tantôt elles restaient supprimées pendant deux ou trois mois. L'irrégularité s'est encore accentuée dans ces derniers temps, il y a trois mois que les règles ont totalement cessé.

Au début de la maladie et pendant deux mois environ, elle a eu des étourdissements; elle tombait, perdait connaissance et se relevait au bout de deux minutes. Jamais il n'y a eu de convulsions. Ces phénomènes ont disparu depuis quatre mois.

Il y a dix mois, elle a commencé à ressentir des maux de tête violents, qui ne la quittaient presque pas.

A peu près en même temps, son mari s'est aperçu qu'elle perdait la tête. Depuis ce temps, l'intelligence et la mémoire ont commencé à baisser. Jamais on n'a observé d'excitation, ni d'exaltation des idées; au contraire, elle était plus calme, plus douce et surtout plus craintive qu'auparavant. Elle était obsédée par l'idée qu'elle avait le ver solitaire.

Dans les derniers temps, elle dépensait sans savoir ce qu'elle faisait; elle était constamment hors de chez elle et se perdait dans les rues.

Jamais elle n'a fait d'excès de boisson, ni d'excès de coït. Elle était même devenue depuis quelques mois tout à fait indifférente sur ce dernier point.

Actuellement D... a toute la physionomie de la paralytique générale. La langue et les lèvres sont agitées de secousses fibrillaires; il y a également du tremblement des mains. Sa parole est lente, hésitante, embarrassée. Nystagmus continu. Pupille artificielle à gauche.

Colovitch.

Ce qui domine chez elle, ce sont des idées tristes : elle est « gravement malade » ; surtout elle a le ver solitaire. C'est son idée fixe.

« Je souffre dit-elle, j'ai des vers plein le corps, et des boutons plein la tête. Je vois en blanc horriblement, et il y a déjà sept ans que je suis comme ça » Les idées sont un mélange confus d'hypochondrie et de satisfaction. Elle est calme et indifférente.

Le 3 novembre. Le délire a un peu changé de forme. Elle parle encore de ses souffrances, mais elle s'occupe aussi de son travail antérieur et raconte avec détail, la manière de faire les couronnes en perle.

#### OBSERVATION XIV.

Commencement de la maladie il y a dix-huit mois. — Pas de délire. — Divagation, affaiblissement intellectuel, démence. — Suppression des règles. — Pupille gauche plus dilatée.

L... Delphine, 38 ans, blanchisseuse, mariée. Entrée à la clinique des maladies mentales le 14 avril 1882.

Elle arrive à l'asile avec le certificat suivant du Dr Lasèque : Démence. Traitée à l'hôpital de Saint-Denis pour accidents gastriques ; évacuée comme aliénée. Hébétude. Refus de répondre ou réponses sans suite. Se lève la nuit, erre dans l'hôpital. Malade depuis 18 mois.

Nous ne possédons sur les antécédents héréditaires de cette femme que des renseignements très incomplets. Son père est mort à 63 ans ; c'était un buveur. Sa mère était morte à 56 ans. Elle a un frère bien portant. D'après les renseignements fournis par son mari, elle aurait eu avant son mariage quatre enfants. Trois ont disparu, et on ignore ce qu'ils sont devenus. Le mari n'en connaît qu'un, qui a 19 ans et est bien portant. Il y a six ans qu'elle est mariée. Elle a toujours bien travaillé ; son caractère était calme et doux, un peu sombre. Elle parlait très peu. Jamais elle n'a fait d'excès de boisson. La menstruation se faisait régulièrement.

Il y a dix-huit mois, elle a ressenti comme des accès de paralysie

qui ont motivé son admission à l'hôpital de Saint-Denis. C'était « un engourdissement dans le bras droit, qui lui montait dans la tête et de là dans le bras gauche. » Il n'y avait pas de perte de connaissance. Elle se frictionnait les bras et se couchait ensuite; l'attaque durait environ un quart d'heure. Ces accès se répétaient principalement au moment de ses règles.

Depuis un mois elle a commencé à négliger son ménage. Elle est devenue maladroite; ainsi pour faire du feu, elle prenait du charbon de terre et des allumettes, et usait une ou deux boîtes sans s'apercevoir qu'elle ne pouvait réussir. Elle tournait autour de la cheminée pendant des heures, et quand son mari rentrait de son travail, jamais le dîner n'était prêt. En faisant son ménage, elle prenait les draps de lit, le couvre-pieds, et sortait avec, sans but. Elle parcourait les rues de Saint-Denis et finissait par rentrer chez elle.

La malade a une physionomie abattue et mélancolique. Elle est profondément hébétée. Les pupilles sont inégales, la *gauche plus large que la droite*. Il n'existe pas de tremblement fibrillaire appréciable, ni dans les lèvres, ni dans la langue, ni dans les mains. La parole est lente, les réponses sont vagues, et il est très difficile de les obtenir; état gâteux prononcé.

Elle n'a pas de délire appréciable; elle croit avoir 20 ans, et ne peut donner aucun renseignement sur son état antérieur, elle se montre très déprimée et très triste.

Elle n'est pas réglée depuis son entrée dans l'asile.

#### OBSERVATION XV.

La maladie a commencé en 1871 à la suite d'une grossesse. — Peur de la guerre. — Excitation, idées de grandeurs. — Rémission, réapparition des règles. — Rechute, disparition des règles, mélancolie, stupeur. — Signes physiques évidents. — Pupille gauche plus dilatée.

Al. Mathilde, 52 ans, ouvrière en casquettes. Mariée. Entre une première fois le 9 janvier 1880.

L'observation de cette malade est absolument nulle au point de vue de l'hérédité. Du côté paternel, son grand père et sa grand'mère

sont morts très âgés ; son père est mort à 78 ans, sans avoir jamais fait d'excès ; il avait six frères et sœurs ; une tante est morte à 78 ans. Les grands parents du côté maternel sont morts à plus de 80 ans, la mère est morte à 80 ans d'une affection cardiaque. Elle avait seize frères ou sœurs, qui sont tous morts vieux ; aucun n'a présenté d'affection cérébrale. Des huit frères et sœurs de la malade, deux sont morts en bas âge, l'un de la variole, l'autre a vécu onze heures. Une sœur est morte à 70 ans d'une tumeur fibreuse de l'utérus. Une est morte phthisique à 50 ans, une autre est morte d'accident. Les trois autres sont vivants et bien portants. La malade est mariée depuis 13 ans. Elle a eu cinq enfants. Un seul est mort, très jeune, au moment de la dentition probablement de convulsions.

La femme Al... n'a jamais été gravement malade. La menstruation s'est établie vers 15 ou 16 ans. Elle a d'abord été difficile, puis elle s'est régularisée. Jusqu'en 1871, sa santé a été excellente, à cette époque, les événements de Paris l'avaient vivement impressionnée. Elle eut alors une grossesse. Au quatrième mois, se manifestèrent des troubles intellectuels ; elle parlait beaucoup, se montrait très excitée, parlait de faire fortune, de gagner de l'argent. Elle voulait prendre des établissements, un café. Ces troubles mentaux ont duré jusqu'au deuxième mois qui a suivi l'accouchement. A cette époque, *les règles ont reparu. Le délire a alors brusquement cessé.* « C'était dit son frère, comme quelqu'un qui se réveille ». Son état a continué d'être satisfaisant jusqu'en 1873. A ce moment, nouvel accès, mais cette fois à forme mélancolique, avec mutisme, indifférence « ça lui faisait de la peine de parler ». En mai 1878, elle s'est perdue ; on l'a arrêtée, se promenant dans l'Ecole militaire, et disant qu'elle y cherchait son mari. Amenée à Sainte-Anne, le certificat immédiat porte le diagnostic de paralysie générale. Elle tenait des propos incohérents ; la stupeur alternait avec des périodes d'excitation. La parole était hésitante ; il y avait une mydriase légère à droite. De Sainte-Anne, on la dirigea sur Vaucluse, où elle resta un an. Au bout de ce temps, elle fut rendue à sa famille, non guérie, mais inoffensive, et n'ayant conservé qu'un penchant au vol qui obligeait les siens à la surveiller constamment. Elle resta environ un an chez elle. Là, une contrariété devint l'origine d'une nouvelle période d'excitation. Elle rentra alors à l'asile, le 19 janvier 1880.

A ce moment, on constate les phénomènes suivants : comme signes physiques, du tremblement de la langue, avec lenteur de la parole sans embarras, du mâchonnement continu. Au point de vue intellectuel, elle ne manifestait qu'une indifférence complète; elle n'avait pas de délire marqué, mais un état dément très prononcé. Enfin on a pu noter chez elle un penchant au vol, qui la portait à ramasser toutes sortes d'objets, et plus spécialement des objets brillants. Elle a du resserrement pupillaire; les deux pupilles sont égales. La menstruation est supprimée; elle le serait depuis six ans.

1<sup>er</sup> mai 1882. Nous l'examinons le 1<sup>er</sup> mai 1882, c'est-à-dire après plus de deux ans de séjour à l'asile. Il y a 8 ans qu'elle n'est plus réglée. Aux signes physiques constatés lors de sa première entrée, s'est ajouté le tremblement des mains. La faiblesse intellectuelle est toujours la même. La mémoire est tout à fait perdue. Al... ne se rappelle ni la date de son entrée, ni le quantième du mois.

Nous n'avons noté aucune espèce d'hallucinations. La marche est chancelante et incertaine. La santé générale est assez bonne, pupille gauche plus dilatée. Elle a eu dans ces derniers temps des attaques qui n'ont pas aggravé la situation.

#### OBSERVATION XVI.

Hérédité, date du début inconnue. — Règles irrégulières. — Penchant au vol. — Signes physiques évidents. — Démence. — Pupille droite plus large. — Alcoolisme?

M... Catherine, 41 ans, ouvrière en bottines. Entrée à l'asile Sainte-Anne, le 10 juin 1881, mariée deux fois.

Cette malade est un type d'hérédité congestive.

Voici nos renseignements sur ses ascendants :

1<sup>o</sup> Côté paternel : grand père mort à 61 ans, d'un coup de sang; grand'mère morte à 70 d'une attaque d'apoplexie avec paralysie à droite. Père ivrogne, mort d'une fluxion de poitrine, à l'âge de 59 ans. Un oncle mort de paralysie.

2<sup>o</sup> Côté maternel : grand-père mort à 60 ans d'une maladie de foie. Grand'mère morte à 51 ans d'une paralysie du côté gauche.

Mère morte à 56 ans avec de la para'ysie du côté gauche. Démence profonde, elle avait eu deux attaques semblables antérieurement.

3° Enfin la malade à douze frères ou sœurs. Elle est la plus jeune. Quatre sont morts phthisiques, cinq sont morts en bas âge, de convulsions et de méningite, deux de variole. Le douzième, seul vivant actuellement, a eu douze enfants, dont huit sont morts de méningite. La malade a d'ordinaire une assez bonne santé. Depuis l'âge de 10 ans jusqu'à 20 ans, elle a souffert de violents maux de tête qui l'obligeaient à se coucher et allaient jusqu'à provoquer des vomissements.

Ces maux de tête se répétaient tous les jours. A 20 ans, ils ont disparu spontanément (elle attribue sa guérison à des pilules). Réglée à 10 ans, elle l'a toujours été depuis régulièrement et abondamment, et l'est encore.

Il y a 17 ans, elle s'est mariée avec un fondeur en cuivre, ancien militaire, nullement buveur et bien portant. Le mari est mort au bout de 6 ans de mariage. Elle n'a pas eu d'enfants.

Il y a 9 ans, elle s'est remariée avec un fondeur en cuivre, ancien militaire, et un peu buveur. D'après son dire, elle aurait de ce mariage un enfant très beau, âgé de 3 mois; mais le fait est faux. Il y a bien un enfant, mais il est de son mari, qui l'avait avant de l'épouser. Il y a trois mois, elle a été arrêtée pour vol de divers objets à la devanture du magasin du Grand-Condé. Elle a été enfermée à Saint-Lazare. Plusieurs fois elle a été arrêtée pour vol. C'est la veille de son arrestation, il y a trois mois, que son mari s'est aperçu qu'elle perdait la tête. Elle prétend avoir passé trois mois à Saint-Lazare, et deux mois à Mazas. Elle affirme que le vol du Grand-Condé n'a pas été commis par elle, mais par une de ses amies.

Pendant trois jours et trois nuits, elle a vu des bêtes, des grosses bêtes, des serpents qui s'enroulaient autour d'elle, des bœufs, des poissons de mer, des anguilles, des têtes affreuses de démons, la nuit surtout.

Elle avait l'habitude de prendre le matin du curaçao ou du rhum, et après le déjeuner du café et la goutte. Dans la journée, elle buvait un peu de vin.

Au moment de son entrée, on note de l'inégalité pupillaire (pupille droite plus large), avec tremblement fibrillaire de la langue, lenteur et hésitation de la parole.

Il n'y a pas délire, mais seulement quelques idées confuses de satisfaction. La mémoire est très affaiblie. Ce qui domine, c'est la propension au vol. Elle a pris les clés d'une gardienne, et a coupé le cordon qui les retenait avec des ciseaux qu'elle a sortis des chaînes. Avant-hier soir, elle a volé deux cochons d'inde et les a mis dans sa poche, soi-disant pour les réchauffer, elle les a mis dans son lit; pendant la nuit, elle en a écrasé un, et a pleuré en le trouvant mort.

15 juin. Elle continue à voler. Avant-hier on a trouvé dans sa poche une pie qu'elle avait dérobée, et par-dessus laquelle elle avait mis son mouchoir. Elle a cherché plusieurs fois à s'échapper de l'asile.

Le 22. Elle sort de l'asile présentant une amélioration notable, et ramenée le 3 décembre 1881, avec le certificat suivant :

Démence paralytique. Affaiblissement intellectuel très marqué. Amnésie. Embarras de la parole. Incapacité de se diriger et de travailler. Plusieurs anciens vols insignifiants. Traitement antérieur à l'asile de Vacluse.

Le certificat immédiat donne le diagnostic de paralysie générale, déjà porté pendant son premier séjour.

Elle est transférée à l'asile de Vacluse, où elle est morte après un séjour de quatre mois.

#### OBSERVATION XVII.

Hérédité probable. — Entrée au 4<sup>e</sup> mois de la maladie. — Régée irrégulièrement. Signes physiques évidents. — Idées hypochondriaques. Pupille gauche plus large.

L... Marguerite, 48 ans, blanchisseuse. Entrée à la clinique des maladies mentales le 19 août 1881, mariée.

Le père de la malade est un buveur. Sa mère a un caractère très impressionnable et très brusque. Elle a perdu trois frères et sœurs par suite de convulsions. Elle a un fils de 16 ans bien portant.

La malade a une physionomie triste et l'air hébété. Elle répond assez nettement aux questions. Elle ne se rappelle pas avoir été malade dans son enfance. Il y a six mois seulement, elle aurait com-

mencé à ressentir dans les jambes des douleurs vagues, qui sont maintenant très fortes et la préoccupent beaucoup. Il y a trois mois, elle a eu un abcès de la marge de l'anüs. Il en est résulté une fistule qui, dit-elle, est très douloureuse, et dont elle désire vivement la guérison.

Toute son attention est concentrée sur ce point. Elle ne pense qu'à cela, et ne parle pas d'autre chose. Elle prétend que c'est depuis cette fistule qu'elle bégaye et s'exprime difficilement. Depuis ce moment aussi « les dents lui collent », et c'est pour cela qu'elle *mâchonne* constamment.

Sa sœur et son fils ont fourni sur elle d'autres renseignements :

*Renseignements donnés par sa sœur.* La malade a eu la rougeole dans son enfance. Depuis, elle s'est toujours bien portée, à part une pneumonie survenue à l'âge de 27 ans et qui a duré 15 jours, et des maux de tête dont elle se plaint depuis 1870.

Elle a été réglée vers l'âge de 14 ans régulièrement. D'un caractère très vif et très irritable, elle entrait en colère, pleurait ou riait sans motifs. Elle travaillait beaucoup, et on ne remarquait rien d'extraordinaire chez elle.

Il y a trois mois seulement, elle a commencé à bredouiller et à s'exprimer difficilement.

Dès lors, on s'est aperçu d'un changement ; par exemple, il lui arrivait en pleine conversation, de quitter brusquement les gens et de s'en aller sans dire bonjour ni bonsoir. A la même époque, les traits du visage se sont altérés de manière à attirer l'attention de tous ceux qui la connaissent. Il y a six semaines, on s'est aperçu qu'elle *mâchonnait* continuellement et semblait toujours manger quelque chose. On n'a pas observé de délire d'aucune sorte, seulement elle répétait continuellement « qu'elle aime son fils et qu'elle ne se remariera jamais, pour rendre son enfant heureux. »

*Renseignements donnés par son fils.* — D'après ce dernier, elle avait fait la connaissance d'un individu, qui lui avait promis le mariage, et lui avait fait croire qu'il gagnait de 10 à 15 francs par jour.

Il a réussi à lui prendre l'argent de ses économies, et l'a quittée après. Les camarades de l'ouvrier l'ont taquinée au point de la faire pleurer fréquemment. Depuis ce moment, elle est devenue triste ; elle entreprenait plusieurs choses à la fois et les faisait mal.

La mémoire s'était également très affaiblie.

Au moment de son entrée, elle offre une physionomie hébétée et triste, avec tendance aux pleurs. La pupille gauche est très dilatée. Il y a un bégayement très prononcé; elle mâchonne continuellement. La langue et les lèvres sont agitées d'un tremblement fibrillaire qui s'exagère pendant qu'elle parle. Du côté des mains, on note un tremblement constitué par une série de petites secousses au bout des doigts. La marche est lente et difficile, elle tremble sur ses jambes.

Du côté des sens spéciaux, on ne note rien de particulier. L'intelligence est très affaiblie. La malade pleure souvent, et montre un vif chagrin d'être « commecela ». Elle a des idées hypochondriaques absurdes. Le ventre lui fait mal quand elle mange, quand elle tousse elle souffre horriblement.

Les organes de la vie végétative fonctionnent bien. Le cœur et le poumon sont sains. Pas de constipation. Elle a eu ses règles le 19 avril et le 2 mai, assez abondamment.

#### OBSERVATION XVIII.

A la suite d'une peur (viol), les règles se sont supprimées brusquement il y a trois ans. La maladie a commencé ensuite. — Quelques idées des grandeurs incohérentes. — Signes physiques des plus évidents. Pupille droite plus large. — Agitation, attaques successives. — Mort par ictus cérébral.

Fr... Rosalie, 38 ans, journalière, mariée. Entrée à la clinique le 11 janvier 1882, décédée le 28 du même mois.

Son père et sa mère ont l'un 72, l'autre 57 ans et se portent bien. Ses grands parents sont morts à un âge avancé, à l'exception de sa grand'mère du côté paternel, *qui est morte paralysée à l'âge de 47 ans*. Elle a quatre frères et sœurs, tous bien portants. La malade a eu cinq enfants, deux sont morts en bas âge. Les vivants se portent bien.

Tous les renseignements sont donnés par son mari. Elle a eu une enfance malade; elle était nerveuse, riait et pleurait facilement. Réglée à 15 ans, elle ne l'a jamais été régulièrement. La menstruation s'est brusquement arrêtée en avril 1879, à la suite d'une tenta-

tive de viol dont elle a été victime à l'époque de ses règles. Trois ou quatre mois après, elle a commencé à tenir des propos incohérents, à parler de sa fortune, etc. A cette époque, elle a dû cesser tout travail, tant elle devenait maladroite et irrégulière. La mémoire avait beaucoup baissé. Cet état a persisté, avec des rémissions plus ou moins complètes, jusqu'au mois de novembre 1881. Jusque-là elle pouvait encore se livrer aux occupations du ménage, bien qu'elle s'en acquittât assez irrégulièrement. Par exemple, elle oubliait de préparer les repas. Dans ces derniers temps, l'affaiblissement de la mémoire a notablement augmenté. L'embarras de la parole, qui existait déjà depuis 18 mois, s'est accentué.

Vers la fin de novembre, Fr... a été prise d'une attaque avec écume à la bouche et impossibilité de parler pendant 24 heures. Depuis lors, elle s'agite, soit le jour, soit la nuit, et tient des propos incohérents.

Fr... présente nettement les signes de la paralyse générale : tremblements fibrillaires de la langue et des lèvres, hésitation, lenteur et embarras de la parole, inégalité pupillaire avec dilatation *plus marquée à droite*.

Les facultés intellectuelles sont profondément affaiblies. Elle tient des propos incohérents, s'agite d'une manière désordonnée, surtout la nuit. De temps en temps, elle exprime quelques idées confuses de satisfaction.

21 janvier. Elle a eu hier une attaque de paralysie. A la suite de cette attaque, la respiration s'est embarrassée, la température s'est élevée à 40°,1.

27 janvier. Dyspnée considérable. La température est de 40 degrés.

28 janvier. Température du matin, 40°6. Décès à sept heures du soir.

#### OBSERVATION XIX.

Début de la maladie il y a un an. — Achats absurdes, dépenses inutiles.

— Excès de poisson et excitation génésique dans le courant de la maladie. — Pupille gauche plus dilatée. — Signes physiques bien marquée. — Menstruation inconnue.

La nommée V... Berthile, âgée de 38 ans, sans profession, est en

trée à la clinique des maladies mentales de l'asile Sainte-Anne le 25 mai 1882.

Mariée depuis six ans, elle avait déjà avant son mariage une petite fille dont le père « était comme fou. » Elle n'a jamais connu ses parents, qui sont morts à 8 jours de distance, quand elle n'avait que 11 mois. Sur son état de santé antérieur, nous sommes forcés de nous en tenir aux renseignements fort incomplets et difficiles à obtenir qu'elle nous donne. Elle aurait été réglée à 14 ans, et l'aurait toujours été depuis, régulièrement et abondamment. A 26 ans elle est accouchée, dans de très bonnes conditions. Son enfant, qui avait des convulsions étant très jeune, a aujourd'hui 12 ans et se porte très bien. Jamais elle n'a fait d'excès de boisson, et depuis son mariage sa vie était très régulière.

Le début de l'affection actuelle remonte à deux mois. A cette époque, elle a commencé à faire des dépenses absurdes, à acheter des objets complètement inutiles. D'économe et même d'avare qu'elle était auparavant, elle était devenue prodigue. L'argent du ménage disparaissait. Elle le dépensait en objets de toilette, qu'elle cachait après les avoir achetés. Très laborieuse autrefois et ne quittant jamais son intérieur, elle était devenue fainéante et passait son temps à courir sans but. Elle oubliait de préparer les repas de son mari. Elle battait sa fille sans motif. En même temps, elle s'est mise à boire beaucoup, et dans les derniers temps, elle manifestait une grande excitation sexuelle.

L'affaiblissement de la mémoire paraît remonter à près d'un an ; il y a trois mois elle est devenue très sourde, mais cette surdité n'a duré que deux mois. Enfin, quelques jours avant son entrée, elle a pris les vêtements de première communion de sa fille, s'en est affublée tant bien que mal, et allait se montrer dans la rue, si l'on ne l'avait arrêtée.

Au moment de son entrée, nous constatons chez elle les signes les plus évidents de paralysie générale. Les lèvres tremblent, les mains tremblent. Les pupilles sont inégales, la gauche un peu plus large. La parole est lente, scandée, hésitante. L'intelligence est très affaiblie. Il n'y a pas de délire, et nous ne remarquons aucune trace d'excitation. Au contraire, elle est affaissée, déprimée, pleurarde, ne s'intéresse à rien et ne répond qu'avec répugnance aux questions. Elle a tout oublié, la date de son entrée et le motif de son placement

à l'asile ; tantôt elle parle de son mari comme d'un homme bien portant, tantôt elle le dit mort depuis 10 ans. Elle dit avoir bu beaucoup de vin, de liqueurs et même d'absinthe. La nuit, elle a des rêves, des cauchemars, elle voit des bêtes grimper sur son lit, des serpents, etc., etc.

OBSERVATION XX.

Pas d'hérédité. — Travaillait dans une cuisine chaude et enfermée. — Attaques à plusieurs reprises. — Satisfaction, hypochondrie, richesse, incohérence, gâtisme. — Pupilles très rétrécies sans inégalité.

M... Florence, 51 ans, cuisinière, mariée, entre à la clinique des maladies mentales le 27 mai 1882.

Observation nulle au point de vue de l'hérédité. Le père de la malade est mort à 75 ans, subitement ; sa mère à 79 ans d'une maladie de poitrine. Elle a dix frères et sœurs, trois sont vivants et bien portants, les sept autres sont morts de différentes affections. Elle a deux enfants bien portants.

La santé antérieure est excellente. Une seule fois elle a gardé le lit pendant un mois, à la suite d'un coup que lui a donné son père. Pendant 35 ans, elle a travaillé comme cuisinière dans une cuisine très chaude. Elle a eu un enfant il y a 7 ans ; à partir de ce moment, elle a complètement changé. Les forces lui manquaient, disait-elle, Elle est devenue triste et a perdu le goût du travail. Il y a deux ans, elle a perdu sa mère et s'en est montrée très profondément affectée. Elle est devenue indifférente à tout, et a commencé à se plaindre de douleurs vagues. Il y a six mois, elle a eu une attaque qui a duré quelques minutes, elle n'a pas perdu la parole, mais il lui était impossible de faire un mouvement. A plusieurs reprises, elle a éprouvé depuis des accidents analogues : la langue s'embarrassait et le bras droit devenait complètement inerte. A la suite de ces attaques, elle a dû quitter sa place. Elle pouvait encore s'acquitter assez bien de son travail, mais elle oubliait tout. Jamais on n'a remarqué chez elle de délire ou d'actes extraordinaires. Elle paraît n'avoir jamais fait d'excès de boisson. Elle a toujours montré une certaine violence de caractère. Réglée à 12 ans, l'a toujours été régulièrement, et n'a cessé de l'être qu'il y a deux ans.

M... offre tous les signes de la paralysie générale confirmée. Elle a du tremblement fibrillaire de la langue, des lèvres et des mains ; les pupilles sont rétrécies, mais ne présentent pas d'inégalité. La marche est lente et difficile. Il y a de l'embarras, de la lenteur et une hésitation dans la parole. Etat gâteux très prononcé.

L'intelligence est notablement affaiblie. Elle a oubliée à peu près complètement sa vie passée. Elle croit n'être plus réglée depuis dix ans. Elle se rappelle seulement avoir éprouvé des accidents de paralysie au moment de l'arrêt de la menstruation. Dans son enfance, elle était « solide comme un bœuf, » « J'ai une mémoire qui est très longue, des yeux qui sont très bons ; je suis très bien portante, mais j'ai mes parents qui sont à Paris. » Au milieu de l'incohérence de ses idées, on distingue quelques traces de délire des grandeurs. Elle possède une rente de 200 fr. que son maître lui a laissée, et 400,000 de son mari. Son appartement est très joli, très bien meublé ; elle a beaucoup de bijoux ; elle se nourit très bien, boit du bon vin, et a toujours le pot-au-feu. Sa vie a toujours été heureuse, sans le moindre chagrin. Elle a de bons parents et de bons voisins. Sa fille est excessivement jolie et très intelligente « un amour d'enfant. » Elle va aller dans le pays de son mari pour cultiver des vignes et des jardins qui doivent fournir une abondante récolte. Au milieu de ces idées de satisfaction percent quelques idées hypochondriaques : ainsi elle se plaint d'une fluxion de poitrine qui lui vient. Par moment elle est très excitée, veut sortir de la salle, briser les fenêtres ; elle crie et veut se déshabiller à chaque instant.

#### OBSERVATION XXI.

L..., Amélie, 33 ans.

Cette femme arrive à l'asile sans autres renseignements que ceux du commissaire de police.

Elle a été arrêtée en pleine rue pour vol. On a trouvé dans son panier des pommes, une paire de sabots et un jupon.

Elle n'a aucune conscience de ses actes, et elle est dans un état d'amnésie complète. Au moment de son entrée, les signes physiques sont très accentués. La parole est lente, la prononciation embarras-

sée. La marche est ataxique. *La pupille gauche est plus large.* Tremblement des mains et de la langue, état gâteux.

11<sup>er</sup> juin. Depuis qu'elle est entrée à l'asile, elle n'est pas réglée. Dans ces derniers temps, elle a eu des attaques congestives qui ont fait progresser la maladie.

Elle est quelque fois exaltée, agitée, pousse des cris et cherche à s'évader.

Actuellement encore elle est incapable de parler et de faire quoi que ce soit. *La pupille droite est plus large à présent.* Le tremblement est très prononcé; elle est gâteuse au dernier point.

## QUESTIONS

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

*Physique.* — Électricité animale ; loi du courant musculaire.

*Chimie.* — Caractères distinctifs, préparation et propriétés des iodures et des bromures.

*Pharmacologie.* — Du lait et des œufs ; leur emploi en pharmacie.

*Histoire naturelle.* — Des bourgeons, de la préfoliation et de la préfloraison. Quels avantages peut-on retirer de la disposition des parties dans le bourgeon pour la détermination des familles, des genres et des espèces ?

*Anatomie et histologie normales.* — Des membranes séreuses.

*Physiologie.* — Des différences qui existent entre le sang veineux et le sang artériel.

*Pathologie interne.* — Du rachitisme.

*Pathologie externe.* — Diagnostic différentiel des tumeurs de la région parotidienne.

*Pathologie générale.* — De la gangrène.

*Anatomie et histologie pathologiques.* — Des lésions de la pneumonie chronique.

*Accouchement.* — Des présentations du tronc.

*Thérapeutique.* — De la médication antiphlogistique.

*Médecine opératoire.* — Des différentes variétés d'appareils prothétiques applicables au remplacement des dents et dans les cas de perforation de la voûte palatine.

*Médecine légale.* — Des cas de responsabilité professionnelle qui peuvent se présenter dans l'exercice de la médecine.

*Hygiène.* — De la sophistication du lait.

Vu : le président de la thèse,  
BALL.

Vu et permis d'imprimer,  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.